

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1954-1955 - N° 45.

Réflexions

sur une

Statistique de Chirurgie Biliaire

(Travail du Service du Professeur Agrégé PEYCELON)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 9 Décembre 1954.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE CHAPUIS

INTERNE DES HÔPITAUX

Né le 21 Février 1921, à Lyon (Rhône).



BOURG

IMPRIMERIE BERTHOD

—
1954

RÉFLEXIONS SUR UNE STATISTIQUE
DE CHIRURGIE BILIAIRE

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire
Doyen
Assesseur

M. J. LEPINE.
M. H. HERMANN.
M. J. GATE.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. NICOLAS, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART, PIERY, CADE,
PATEL, FAVRE, LEPINE, SAVY, TRILLAT, LERICHE, MOURIQUAND, MAZEL, LEULIER, REBATTU.

PROFESSEURS :

Clinique médicale A
Clinique médicale B
Clinique chirurgicale A
Clinique chirurgicale B
Clinique ophtalmologique
Clinique d'oto-rhino-laryngologie
Clinique urologique
Clinique et prophylaxie de la tuberculose
Clinique dermatologique et syphiligraphique
Clinique neuro-psychiatrique et Hygiène mentale
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique gynécologique
Clinique obstétricale
Clinique stomatologique
Clinique médicale infantile et hygiène du 1^{er} âge
Pharmacie et Pharmacologie
Physiologie
Anatomie pathologique
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie

MM. FROMENT.
P. RAVAUULT.
SANTY.
WERTHEIMER.
BONNET.
MAYOUX.
CIBERT.
DUFOURT.
GATE.
DECHAUME.
SEDALLIAN.
GUILLEMINET.
POLLOSSON.
PIGEAUD.
DUCLOS.
BERNHEIM.
X...
HERMANN.
MARTIN J.-F.
PONTUS.
(détaché à Beyrouth)
BOURRET.
GARIN.
ROCHET.
CHAMBON.
JOSSEMAND.
DELORE.
GABRIELLE.
CROIZAT.
ENSELME.
MALLET-GUY.
NOEL.
REVOL...
X...
LEVRAT.
SOHIER.
JOURDAN.
BERTRAND.
NETIEN.
BADINAND,

Médecine du travail
Parasitologie et Pathologie exotique
Thérapeutique chirurgicale et Chirurgie opératoire
Chimie organique et Toxicologie
Pathologie générale et expérimentale
Hydrologie thérapeutique et Climatologie
Anatomie
Pathologie interne
Chimie biologique et médicale
Pathologie chirurgicale
Histologie
Pharmacie galénique et matière médicale
Médecine légale et Déontologie
Thérapeutique
Hygiène
Biologie médicale et pharmacodynamie
Propédeutique chirurgicale
Botanique et cryptogamie
Chimie analytique pharmaceutique

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique M. BANSILLON.
Pharmacie et pharmacologie M. DREYON.
Physique biologique M. BERGER.

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Parasitologie COUDERT.	Physiologie CHATONNET.
Parasitologie ROMAN.	Physiologie CIER.
Histologie X...	Biochimie médicale CREYSEL R.
Bactériologie BERTOYE A.	

AGREGES EN EXERCICE

MM.	Pathologie chirurgicale ..	GUILLET.
Pathologie médicale BRUN.	Orthopédie	MARION J.
Pathologie médicale M. GIRARD.	Obstétrique	BROCHIER.
Pathologie médicale P. GIRARD.	Obstétrique	MAGNIN.
Pathologie médicale JEUNE.	Obstétrique	MATHIEU J.
Pathologie médicale VACHON.	Anatomie pathologique ..	GUICHARD.
Pathologie médicale GALY.	Anatomie	LATARJET.
Pathologie médicale GONIN.	Urologie	PERRIN.
Pathologie chirurgicale .. BERARD.	Ophtalmologie	PAUFIQUE.
Pathologie chirurgicale .. DESJACQUES.	Neuro-chirurgie	LECUIRE.
Pathologie chirurgicale .. LABRY.	Oto-rhino-laryngologie ..	
Pathologie chirurgicale .. TRILLAT.	Dermato-syphiligraphie ..	THIERS.
Pathologie chirurgicale .. DARGENT.	Médecine légale et Méde-	
Pathologie chirurgicale .. MANSUY.	cine du Travail	ROCHE.

CHARGE DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCES - AGREGÉ

Hygiène M. BENAZET.
Histologie M. DUMONT.
Physique biologique M. MORET.
Pharmacie et Pharmacologie M. CIER.
Chimie organique et toxicologie .. M. PERROT

EXAMINATEURS DE LA THESE :

M. le Professeur P. WERTHEIMER, Président
MM. les Professeurs BERTRAND, PEYCELON, MANSUY, Assesseurs.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1954-1955 - N° 45.

Réflexions

sur une

Statistique de Chirurgie Biliaire

(Travail du Service du Professeur Agrégé PEYCELON)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 9 Décembre 1954.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE CHAPUIS

INTERNE DES HÔPITAUX

Né le 21 Février 1921, à Lyon (Rhône).



BOURG

IMPRIMERIE BERTHOD

—
1954



CE TRAVAIL EST DÉDIÉ :

A MON PERE

LE DOCTEUR LOUIS CHAPUIS

Médecin de l'Hôtel-Dieu de Bourg.

Il incarne pour nous le plus bel exemple
d'une vie entièrement consacrée aux siens
et à ses malades.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A CELLE QUI MÉRITE DANS MON CŒUR
LE MÊME NOM POUR TOUT SON DÉVOUEMENT
ET LA DÉLICATESSE DE SES SENTIMENTS

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. WERTHEIMER

Il est difficile d'analyser les sentiments qui nous animent en face d'un Maître aussi éminent.

Nous avons été d'emblée attiré par les qualités du grand chirurgien et du grand clinicien. Son érudition, la finesse et la distinction de son esprit en font un Maître particulièrement attirant.

Mieux que par nos paroles, nous espérons bientôt lui prouver tout notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BERTRAND

Nous ne pourrons jamais assez nous féliciter d'avoir été son interne pendant six mois dans ce vieil hôpital de la Croix-Rousse où il a su créer un Service qui est à la mesure de son talent.

L'intérêt qu'il porte à chacun, l'atmosphère de courtoisie qui règne autour de lui en font un guide incomparable dont on aime à prendre les conseils.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PEYCELON

C'est vers lui que remontent nos premiers souvenirs d'internat. Nous aimons particulièrement la franchise de son caractère, son dynamisme et son entrain mis au service d'une adresse chirurgicale consommée.

Il nous a fait l'honneur de nous confier ce travail, nous espérons ne pas trop le décevoir.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MANSUY

Depuis fort longtemps, nous avons apprécié sa grande bonté et sa patience à toute épreuve. Ce sera pour nous une joie que de reprendre bientôt avec lui un contact plus étroit.

Nous attachons beaucoup de prix à sa présence parmi nos juges.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PALIARD
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEVRAT
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUICHARD
MONSIEUR LE PROFESSEUR GATE
MONSIEUR LE PROFESSEUR WERTHEIMER

EXTERNAT :

MONSIEUR LE DOCTEUR RICARD
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAUFIQUE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BANSSILLON
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CREYSSEL
MONSIEUR LE PROFESSEUR SEDAILLAN
MONSIEUR LE PROFESSEUR P. RAVALT

SUPPLÉANCE D'INTERNE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BRUN
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GALY

INTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÈGE PEYCELON
MONSIEUR LE PROFESSEUR Ph. ROCHET
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LABRY
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CREYSSEL
MONSIEUR LE PROFESSEUR WERTHEIMER
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DARGENT
MONSIEUR LE PROFESSEUR BERTRAND
MONSIEUR LE PROFESSEUR SANTY

Nous sommes fiers d'avoir pu profiter
durant un semestre de l'exemple et de l'en-
seignement d'un si grand maître de la chi-
rurgie.

Nous voudrions ici le remercier de l'ac-
cueil qu'il nous a réservé et l'assurer de
notre respectueuse admiration.

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ :

LABORATOIRE D'ANATOMIE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GABRIELLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. LATARJET

MONSIEUR LE DOCTEUR P. E. DUROUX

LABORATOIRE DE CHIRURGIE OPÉRATOIRE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR Ph. ROCHET

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LABRY

A NOS CONFÉRENCIERS D'EXTERNAT ET D'INTERNAT :

MESSIEURS LES DOCTEURS : BARRIE, BONNET-EYMARD,
L. DURANT, CHASSAGNON

A NOS CONFÉRENCIERS DE CHIRURGICAT :

MONSIEUR LE DOCTEUR G. GUILLEMIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. LATARJET

AU DOCTEUR P. MICHAUD

Chirurgien des Hôpitaux.

Nous tenons à l'assurer de la fidélité de
notre respectueuse affection qui a pris
naissance au cours de notre dernier
semestre d'internat.

A NOS ELÈVES DE CONFÉRENCES D'INTERNAT

A NOS AMIS ET CAMARADES DE L'INTERNAT

AU DOCTEUR P. CONVERT

Chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu de Bourg.

La vieille et fidèle amitié qu'il a pour notre père nous a valu de connaître et d'apprécier son immense expérience chirurgicale. Nous souhaitons profiter longtemps de ses conseils.

AU DOCTEUR R. GIGNOUX

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Bourg.

Notre Maître et ami.

INTRODUCTION

Lorsque le Docteur PEYCELON nous demanda de revoir ses anciens opérés de chirurgie biliaire, nous avons accepté d'enthousiasme sans bien nous rendre compte de ce qu'il était en droit d'attendre de nous.

C'était en 1950, au cours de notre premier semestre d'internat passé dans son service au Pavillon F, et nous étions heureux de la marque de confiance qu'il nous accordait en nous chargeant de ce travail qui lui tenait à cœur.

Mais notre inexpérience initiale nous valut quelques déboires, bien des fausses routes et des travaux inutiles, et nous avons appris à nos dépens qu'un travail de ce genre, s'il veut prétendre à quelque utilité, doit être plus qu'une simple succession de chiffres qui en eux-mêmes n'ont pas grande signification.

Bien au contraire, l'intérêt de pouvoir présenter une statistique importante réside davantage, pensons-nous, dans le fait qu'on peut en tirer un travail de synthèse qui vise à rendre à l'affection son vrai visage, à son traitement sa vraie valeur, grâce surtout à l'étude minutieuse et objective des résultats opératoires tant immédiats qu'éloignés.

Ce travail est avant tout une statistique, c'est donc volontairement que nous nous sommes abstenus de toute bibliographie.

Au fur et à mesure de notre formation chirurgicale, nous avons pris sur le sujet de notre travail des idées plus précises; tout au long de son élaboration, nous avons profité de l'expérience de nos maîtres successifs qui de près ou de loin se sont intéressés à cette chirurgie des voies biliaires.

Nous avons aussi appris à connaître la véritable mentalité et le comportement si particulier de ces malades

« hépato-vésiculaires », et cette connaissance était indispensable pour l'interprétation valable de leurs réponses à notre enquête. Chez eux en effet, l'organique et le fonctionnel s'intriquent peut-être plus que chez d'autres malades, créant un véritable « terrain », du reste bien connu, à tel point qu'il est parfois difficile de faire la part de ce qui revient à l'un et à l'autre.

C'est pour cette raison que nous avons tenu à revoir nous-mêmes le plus grand nombre de malades; chaque fois qu'il a été possible de le faire, nous avons pris contact avec le médecin traitant pour recouper une fois de plus les renseignements obtenus; leur aide nous a été précieuse, nous tenons à les en remercier ici. Notre questionnaire lui-même était conçu pour dérouter psychologiquement les malades, grâce à une alternance de questions globales et précises, ce qui nous a permis, du moins le croyons-nous, de nous faire une idée plus juste tout en ne négligeant aucun détail.

Au reste, le but de ce travail doit être de permettre au chirurgien de faire un retour en arrière, d'interroger sa conscience sur une période de son activité chirurgicale dans un domaine déterminé; c'est assez dire qu'un exposé de ce genre doit être avant tout honnête et clair. Clair, nous nous sommes efforcés de l'être nous pouvons nous porter garant de l'honnêteté de notre statistique. Nous espérons du même coup rendre service à de nombreux médecins qui ne se contentent pas de confier leurs malades au chirurgien, mais tiennent à poser eux-mêmes leurs indications opératoires.

Nous tenons à dire en terminant que nous avons limité de parti pris notre travail aux 15 années allant de 1936 à 1951, la statistique hospitalière ne commençant qu'en 1942. Le recul minimum de nos résultats éloignés se trouve ainsi être de 4 ans. Ce délai minimum de 4 ans nous a paru indispensable pour pouvoir juger pleinement des résultats définitifs. Nous avons dû ainsi abandonner l'étude systématique d'un grand nombre de malades opérés après Décembre 1950, ce qui nous eut permis de doubler pratiquement notre statistique.

Notre chiffre global d'observations représente donc l'ensemble des malades opérés par le même chirurgien, selon la même technique, soit en clientèle privée, soit dans les différents services dirigés par le Docteur PEYCELON, successivement : Hôpital de la CROIX-ROUSSE, HÔTEL-DIEU, Pavillon F à l'Hôpital EDOUARD-HERRIOT.

La statistique hospitalière comporte de plus quelques observations appartenant aux assistants du Docteur PEYCELON, nous tenons à les remercier et tout particulièrement le Docteur GUILLEMIN, chirurgien des hôpitaux, dont les conseils et l'amitié nous ont été précieux.

STATISTIQUE GENERALE

Notre statistique générale comporte l'étude de 457 malades qui se répartissent de la façon suivante :

- 365 cholécystectomies.
- 100 dérivations biliaires.

Soit un total de 464 interventions pour 457 malades. Ces chiffres rendent compte du fait qu'un certain nombre de réinterventions ont dû être pratiquées chez quelques malades. (Drainage externe par exemple chez un ancien cholécystectomisé).

Ces interventions pratiquées pour différentes affections des voies biliaires (à l'exception du cancer), nous ont incité à classer nos malades suivant que l'affection en cause était ou non en relation avec la lithiasie.

Si bien que :

1. Sur les 365 cholécystectomies, nous relevons :
 - 322 cholécystectomies pour lithiasie.
 - 43 cholécystectomies pour affection non lithiasique.
2. Sur les 100 dérivations biliaires, nous serons amenés à distinguer successivement :
 - a) En ce qui concerne les affections lithiasiques :
 - I. Des dérivations externes : 85 cas :
 - 83 drainages externes par drain de Kehr.
 - 2 drainages transcystiques.
 - II. Des dérivations internes : 6 observations de cholédoco-duodénostomie.
 - b) Dans le domaine des affections non lithiasiques, nous relevons : 9 drainages externes par drain de Kehr.

Nous nous proposons d'étudier successivement les cholécystectomies pour affections lithiasiques et pour affections non lithiasiques, puis les dérivations biliaires dans les mêmes conditions.

Chacune de ces 4 parties de notre étude comportera :

a) Un chapitre de considérations cliniques.

b) Un chapitre où seront exposées la technique opératoire et les constatations opératoires et anatomiques.

c) Puis les suites opératoires immédiates feront ensuite l'objet d'une étude spéciale.

d) Enfin, nous nous attacherons à étudier sous différents angles les résultats éloignés : c'est là le but essentiel de notre travail.

Le développement théorique qu'il convient de donner à ces différents chapitres devant être répété 4 fois, nous avons pris la décision de n'exposer dans les détails que l'étude des cholécystectomies pour affection lithiasique, nous prions le lecteur de bien vouloir s'y reporter pour tout ce qui concerne les autres parties de notre travail, nous nous épargnerons ainsi des redites inutiles.

Mais pour en terminer avec ce chapitre de statistique générale, il nous reste à exposer ici quelques considérations communes touchant le sexe et l'âge des malades opérés.

I. *Les sexes des malades se répartissent comme suit :*

1) *Cholécystectomies :*

— Hommes : 54.

— Femmes : 311.

Soit :

— *Affections lithiasiques :*

— 45 hommes

— 277 femmes

} Soit 1 homme pour 6 femmes.

— *Affections non lithiasiques :*

— 9 hommes

— 34 femmes

} Soit 1 homme pour 4 femmes.

2) *Drainages externes par drain de Kehr de la voie principale :*

— Hommes : 13.

— Femmes : 79.

— *Affections lithiasiques :*

— 11 hommes

— 72 femmes

} Soit 1 homme pour 6 femmes.

— *Affections non lithiasiques* :

— 2 hommes } Soit 1 homme pour 3 femmes.
— 7 femmes }

3) *Drainages externes de la voie principale par drain transcystique* :

— 2 femmes.

4) *Cholédoduodénostomies* :

— 6 femmes.

II. *Age des malades.*

1) En ce qui concerne les *cholécystectomies*, nous avons noté :

a) Que dans les *affections lithiasiques* l'âge des malades se situe entre les 2 extrêmes (15 et 81 ans) avec un maximum entre 30 et 65 ans qui présente une pointe de fréquence autour de 45 ans.

b) Dans les *affections non lithiasiques*, les 2 extrêmes sont 24 et 75 ans et le maximum de fréquence entre 30 et 65 ans.

2) En ce qui concerne les *drainages de la voie principale par drain de Kehr*, nous notons :

a) Pour la *lithiasie*, les 2 extrêmes à 25 et 77 ans, avec un maximum entre 50 et 65 ans avec une pointe vers 60 ans.

b) Dans les *affections non lithiasiques*, les âges s'échelonnent entre 31 et 66 ans.

3) Les 2 malades qui ont eu un *drainage transcystique* étaient âgées respectivement de 46 et 62 ans.

4) Les *cholédoduodénostomies* ont été pratiquées chez des malades entre 46 et 67 ans, mais 5 de ces malades étaient âgées de plus de 59 ans.

En partant des données de base que nous avons pu recueillir dans les observations de nos malades, nous avons établi pour chacun d'eux une observation standard où ont été notés les divers renseignements cliniques, radiologiques et opératoires permettant de les classer : ces renseignements ont été fournis par les observations elles-mêmes et

au besoin complétés par l'interrogatoire des malades que nous avons pu revoir.

A chacun, nous avons ensuite adressé un questionnaire à remplir ainsi qu'un laissez-passer leur demandant de se rendre de préférence à la consultation du Dr. PEYCELON, où nous les avons revus nous-mêmes. De toute manière nous avons le plus possible dans ce travail laissé la parole aux malades, reproduisant le plus souvent les expressions dont ils se sont servis pour nous répondre, nous avons préféré nous tenir en quelque sorte dans la coulisse pour que cette statistique soit le plus possible l'expression de la vérité. Nous nous excusons donc par avance de l'allure un peu profane de certaines expressions, mais nous pensons que ce que notre travail perd en rigueur de style, il le gagne en exactitude objective.

Le bilan de ces démarches s'établit en définitive de la façon suivante :

- *Malades décédés dans les suites opératoires immédiates* : 37.
- *Malades ayant répondu eux-mêmes au questionnaire* : 130.
- *Malades revus à l'occasion de l'enquête* : 187.
- *Malades décédés depuis l'intervention et dont les familles ont pu nous donner des nouvelles précises* : 25.
- *Malades dont le médecin traitant a pu donner des nouvelles* : 19.
- *Malades complètement perdus de vue* : 67.

PREMIERE PARTIE

LES CHOLECYSTECTOMIES POUR AFFECTION LITHIASIQUE

Les cholécystectomies pratiquées pour une affection lithiasique constituent une part importante de notre travail, puisque 322 observations seront étudiées. Sur le total général de 365 cholécystectomies que comporte notre statistique, ce chiffre représente une proportion de 88 %.

Nous étudierons successivement :

- les aspects cliniques,
- la technique opératoire,
- les constatations anatomiques,
- les résultats immédiats,
- les résultats éloignés.

Chapitre I

ETUDE DES MANIFESTATIONS CLINIQUES RENCONTREES

La nature des manifestations qui ont conduit à l'intervention est très variable, comme nous le verrons plus loin. Il nous a paru intéressant de noter la date d'apparition des premiers symptômes dont est responsable la maladie et l'allure de ces manifestations selon leur degré d'acuité.

Nous étudierons donc successivement :

- l'ancienneté des troubles,
- leur allure clinique sans préjuger de la traduction elle-même de ces manifestations,

- les tableaux cliniques rencontrés,
- les antécédents des malades,
- les conditions opératoires particulières de certains malades.

I. — Ancienneté des troubles.

- 1) *Troubles remontant à plus de 10 ans :*
56 malades sur 322, soit : 17 %.
- 2) *Troubles dont l'ancienneté remonte entre 10 et 5 ans :*
86 malades sur 322, soit une proportion de 27 %.
- 3) *Antécédents remontant à moins de 5 ans :*
145 malades, soit 45 %.
- 4) *Malades sans antécédents éloignés :*
35 malades seulement ont été opérés pour la première manifestation de leur lithiasé vésiculaire, ce chiffre représente une proportion de 11 %.

II. — Allure clinique des manifestations.

D'une façon générale, les troubles présentés peuvent évoluer sur le mode *aigu* ou sur le mode *chronique*, de plus nous avons observé que bien des malades étaient envoyés au chirurgien pour une *poussée aiguë survenant sur un fond de chronicité* parfois très ancien. Ce sont ces différents aspects qui caractérisent le mode évolutif de la maladie que nous avons voulu classer ici sous les 3 rubriques suivantes :

- 1) *Manifestations aiguës primitives ayant conduit au geste opératoire :*
37 malades sur 322, soit 11 %.
- 2) *Manifestations aiguës secondaires à des épisodes chroniques :*
54 malades sur 322, soit 17 %.
- 3) *Manifestations d'allure essentiellement chronique :*

C'est la modalité la plus fréquemment rencontrée, puisque 231 malades sur 322 ont obéi à ce mode d'évolution, soit une proportion de 72 %.

III. — Tableaux cliniques rencontrés.

En nous basant sur des considérations purement cliniques, et en particulier en faisant abstraction des découvertes opératoires, nous distinguerons des manifestations *typiques* ou *évocatrices* et des *manifestations atypiques* où le diagnostic plus malaisé, n'a dans certains cas pu être fait.

A) MANIFESTATIONS TYPIQUES.

Elles groupent 260 cas qui se répartissent de la façon suivante et représentent 81 % des cholécystectomies pour lithiase.

1) *Crises vésiculaires*, typiques, avec leur douleur habituelle accompagnées parfois de subictère des conjonctives : 200 cas sur 322, soit 62 %. Ces manifestations apparaissent donc comme il est classique de l'admettre, un des signes d'appel les plus fréquents de la lithiase vésiculaire.

2) Dans 53 cas, nous nous sommes trouvé devant le tableau non moins évocateur de la *cholécystite aiguë*, soit une proportion de 17 %.

3) Enfin, dans 7 cas (soit 2 %) le tableau était celui d'un *syndrome cholédocien*.

B) MANIFESTATIONS ATYPIQUES.

Groupent 62 observations, soit 19 % des cas.

Nous distinguerons :

1) *Des manifestations douloureuses avant tout :*

24 cas, soit 8 %.

a) 14 malades présentaient un *syndrome douloureux épigastrique sans caractère évocateur*, soit : 4 %.

b) 2 malades présentaient un *syndrome ulcéreux*.

c) 2 malades avaient une *séméiologie de sténose du pylore*.

d) 3 malades ont été vus pour un *syndrome abdominal aigu* sans étiologie cliniquement évidente.

e) 3 malades se présentaient enfin avec un *syndrome douloureux de la fosse iliaque droite*.

2) 29 malades présentaient des manifestations à allure

vaguement vésiculaire, mais dans lesquelles, un symptôme dominant, ou une association anormale de signes, ont rendu le diagnostic plus difficile, soit 9 %.

Dans ces formes, nous avons rencontré :

- 16 cas où la *température était le symptôme dominant*;
- 7 cas où le malade a consulté pour un *ictère* en général de moyenne importance et sans autres signes accompagnateurs;
- dans 6 cas enfin, l'*ictère* observé avait une allure pseudo-cholédocienne du fait de la *température* qui lui était associée.

3) 9 malades présentaient des troubles vagues dyspeptiques, soit 3 %.

C) CAS PARTICULIER.

Nous classerons à part l'obs. 163 qui concernait un malade vu pour une *fistule*, siège d'un écoulement séreux datant depuis un an, après une cholécystostomie.

D) PARTICULARITÉS SYMPTOMATIQUES.

Nous ne ferons que signaler au passage :

- l'émission de calculs dans les selles (Obs. 49);
- l'existence de crises douloureuses à caractère angineux, avec modifications électrocardiographiques chez 5 de nos malades (Obs. 4, 101, 104, 169, 406).

IV. — Antécédents des malades.

1) Nous citerons rapidement les antécédents qui n'ont aucun rapport direct avec la lithiase, et qui, s'ils apportent parfois un élément dont on doit tenir compte dans l'indication ou les soins pré et post-opératoires, n'ont pas d'autre intérêt que celui d'une simple constatation. Nous avons ainsi relevé :

- 4 cas de syphilis traitée (Obs. 84, 243, 310, 408).
L'obs. 310 concerne une jeune femme traitée pour sténose bronchique syphilitique depuis 1941.
- 5 cas de tuberculose pulmonaire : il s'agissait le

- plus souvent de lésions anciennes et inactives (Obs. 42, 197, 217, 406). L'obs. 427 concerne un malade porteur de lésions ouvertes du sommet.
- 1 cas de tuberculose génitale chez la femme : péritonite plastique tuberculeuse opérée en 1938 (Obs. 399).
 - La maladie de BOULLAUD a été retrouvée 2 fois dans les antécédents (Obs. 406, 408).
 - La comitialité une fois (Obs. 300).
 - Une intoxication chronique par le gaz d'éclairage est à retenir dans l'observation 16.

2) En ce qui concerne les *interventions chirurgicales* antérieurement subies et *sans rapport direct avec la lithiase*, nous citerons :

- 3 appendicectomies (Obs. 441, 450, 457);
- une gastrectomie pour cancer ulcéroforme datant de 1942, avec suites excellentes et reprise de poids (Obs. 80);
- un épisode subocclusif un an avant l'intervention (Obs. 202);
- une grossesse extra-utérine itérative (1932-1935) (Obs. 33);
- une néphropexie pour hydronéphrose droite (Obs. 301);
- 2 hystérectomies pour fibrome (Obs. 171-199);
- une cure d'hémorroïdes (Obs. 79);
- une thyroïdectomie pour goître toxique (Obs. 353);
- une pelvipéritonite non tuberculeuse (Obs. 134);
- une opération de WERTHEIM datant de 5 ans pour néoplasme du col (Obs. 40);
- un cancer du sein opéré en 1941 (Obs. 314).

3) Parmi les *affections digestives* qui peuvent avoir eu dans certains cas des *rapports avec la lithiase*, nous signalerons :

- des lésions de gastrite affirmées radiologiquement (Obs. 77);
- une grosse réaction antrale à la radiographie (Obs. 366);
- un diverticule de D2 (Obs. 27).

a) Nous insisterons davantage sur la coexistence d'une *lésion ulcéreuse gastro-duodénale avec la lithiase*, rencontrée 6 fois dans les circonstances suivantes :

- OBS. 84 : Ulcus gastrique traité médicalement 10 ans avant l'intervention biliaire.
- OBS. 315 : Ulcus duodénal traité médicalement 7 ans avant l'intervention.
- OBS. 338 : Ulcus gastrique d'apparition récente, après une longue évolution de la lithiase.
- OBS. 414 : Ulcus du bulbe traité médicalement depuis 1942.

Deux malades enfin ont subi une intervention chirurgicale pour ulcère :

- OBS. 216 : Gastrectomie en 1943 pour ulcus gastrique.
- OBS. 302 : Ulcus de l'estomac traité il y a 27 ans par gastro-entéro-anastomose.

b) 4 malades ont présenté dans leurs antécédents une FIÈVRE TYPHOÏDE :

- 2 longtemps avant l'apparition des troubles de la série biliaire (Obs. 223-212) ;
- dans 2 autres cas (Obs. 123-320) la fièvre typhoïde semble avoir participé de façon active à l'apparition des troubles.

c) *L'intervention d'une GROSSESSE* a pu dans quelques cas être retenue chez nos malades :

- 3 malades ont été opérées au cours d'une grossesse débutante (1 mois $\frac{1}{2}$ à 2 mois) (Obs. 35, 76, 326).
- Dans 2 cas un accouchement récent était noté, contemporain du début des manifestations digestives de la lithiase (Obs. 142-207).

d) Dans un cas, nous relevons comme élément initial, un ictère consécutif à une *intoxication alimentaire* datant de 1940 (Obs. 295).

e) 6 malades étaient DIABÉTIQUES :

- 3 diabètes légers (Obs. 18, 81, 106) ;

- dans 3 autres cas le diabète était plus sérieux, traité par l'insuline (Obs. 104, 400, 448).

f) Parmi les MANIFESTATIONS ALLERGIQUES ACCOMPAGNATRICES, nous notons :

- 7 malades présentant de fortes migraines (Obs. 205, 213, 297, 298, 302, 414, 416);
- 1 urticaire (Obs. 297);
- 2 eczémas (Obs. 337-408);
- 1 asthme bronchique (Obs. 214).

g) La LITHIASÉ RÉNALE a été observée 2 fois :

Dans un cas il s'agissait d'une lithiasé rénale connue et traitée (Obs. 160), dans l'autre cas, la lithiasé rénale a été une découverte radiologique à l'occasion de la cholécystographie (Obs. 457).

h) 3 malades étaient des *éthyliques* avérés (Obs. 86, 326, 400).

i) Un malade enfin avait présenté un ICTÈRE HÉMOLYTIQUE ayant nécessité une splénectomie en 1941, puis une cholécystostomie pour lithiasé vésiculaire 3 ans plus tard (Obs. 159).

4) Parmi les interventions sur les voies biliaires déjà subies par nos malades, il faut noter :

6 cholécystostomies antérieures.

- OBS. 13 : *Cholécystostomie* faite le 25-6-1935 pour lithiasé vésiculaire (sur la demande expresse de la malade qui est infirmière). Reprise des accidents douloureux après 3 ans, sous forme de crises vésiculaires typiques. Il existait un calcul du cystique.
- OBS. 25 : *Cholécystostomie* faite 13 ans avant l'intervention actuelle. Bon résultat pendant 10 ans; présente depuis 3 ans des crises vésiculaires typiques. On a trouvé des calculs vésiculaires à l'intervention.
- OBS. 159 : Nous retrouvons notre observation d'ictère hémolytique. Malade ayant subi une *cholécystostomie* pour lithiasé vésiculaire en 1944, suivie d'une cure d'événtration.

Resouffre assez rapidement, ce qui nécessite une nouvelle intervention en 1946 au cours de laquelle il n'a pas été trouvé de calculs.

- OBS. 163 : *Cholécystostomie* en 1945 pour cholécystite aiguë lithiasique. Cholécystectomie un an après pour fistule persistante qui a permis d'extraire un calcul.
- OBS. 175 : *Cholécystostomie* en 1935, bon résultat pendant 9 ans, puis reprise des douleurs qui a conduit à la cholécystectomie en 1946, l'intervention n'a pas révélé de calculs.

Nous signalerons enfin pour terminer une *incision d'abcès périvésiculaire* avec écoulement purulent pendant 2 ans, qui a été le prélude à la cholécystectomie (Obs. 5).

V. — Etat des malades avant l'intervention.

Nous terminerons ce chapitre séméiologique en donnant un aperçu de l'état général des malades au moment de l'intervention.

- 1) *Malades très amaigris* : 72, soit 22 %.
- 2) *Malades fébriles* : 28, soit 9 %.
- 3) *Malades ictériques* : 19, soit 6 %.
- 4) *Malades obèses* : 7, soit 2 %.
- 5) *Malades présentant un taux d'urée sanguine élevé* : 2.
- 6) *Malades présentant des signes cliniques d'insuffisance hépatique* : 9, soit 3 % :
 - gros foie perçu : 6,
 - tendance aux hémorragies : 3.
- 7) *Un malade emphysémateux grave*.
- 8) *Troubles urinaires d'origine prostatique* : un cas.
- 9) *3 éthyliques avérés*.
- 10) *Mauvais état cardio-vasculaire* : 4 malades :
 - un malade asystolique,
 - 2 hypertendus décompensés,
 - un angineux. (Décédé 6 mois après l'intervention d'un infarctus du myocarde).

Nous nous excusons de ne pas donner un aperçu général sur les *tests de laboratoire* pratiqués chez nos malades. La provenance très diverse de nos opérés supprime toute

unité dans les données du laboratoire et nous avons le plus souvent jugé inutile de pratiquer de nouveaux examens chez des *malades venant de services spécialisés en gastro-entérologie*. L'exposé des données du laboratoire n'aurait ainsi pas le caractère systématique voulu pour conduire à une opinion qui ait quelque chance d'être valable, nous avons donc préféré nous abstenir.

On pourra de même s'étonner que nous ne nous livrions pas à des *considérations radiologiques*. La raison en est que les films sont dans la grande majorité des cas la propriété soit du malade, soit du service médical d'origine. Ne voulant pas nous contenter du compte rendu radiologique qui figure dans les observations et nous étant heurté par ailleurs à l'impossibilité de revoir par nous-mêmes un assez grand nombre de films, nous avons préféré nous abstenir de tout commentaire radiologique. Quoiqu'il en soit, chaque fois que l'état hépatique le permettait, le dossier comportait une série de radiographies après FORIOD.

Chapitre II

TECHNIQUE OPERATOIRE

La technique opératoire adoptée par le Docteur PEYCELON est simple et bien réglée.

Après laparotomie oblique sous-costale qui comporte la section des muscles au bistouri électrique, la région se trouve bien exposée.

La vésicule est d'abord libérée, puis le pédicule cystique dissocié. On procède alors à la ligature isolée de l'artère et du cystique. Le plus souvent, la cholécystectomie est faite par ligature première du cystique et d'arrière en avant; en cas de difficultés tendant aux adhérences, elle sera parfois pratiquée d'avant en arrière des libération première du fond et ligature dernière du cystique.

La cholécystectomie terminée, on procède à l'exploration de la voie principale. Une simple exploration visuelle et digitale étant jugée suffisante dans les cas où la clinique ne plaide pas en faveur d'un obstacle cholédocien.

Après vérification soigneuse de l'hémostase, on referme plan par plan, non sans avoir le plus souvent laissé un petit drain ou une petite mèche dans le lit hépatique.

Chapitre III

CONSTATATIONS ANATOMIQUES ET OPERATOIRES

Les constatations anatomiques faites à l'intervention, ont permis de retrouver les principaux aspects anatomiques décrits.

I. — En ce qui concerne la vésicule, nous avons noté :

1) Assez fréquemment le tableau de la CHOLÉCYSTITE CATARRHALE avec sa vésicule distendue, mais à parois souples, en général libre d'adhérences : 99 cas sur 322, soit une proportion de 31 %. L'intervention est en général facile et bien réglée.

2) LA CHOLÉCYSTITE HYDROPIQUE avec son énorme vésicule bien perçue et même visible sous les téguments des sujets maigres a été rencontrée 22 fois, soit dans 7 % des cas.

Il convient d'y joindre un cas de mucocèle vésiculaire (Obs. 368).

3) Dans 6 cas sur 322, soit une proportion de 2 %, nous avons rencontré un ABCÈS INTRAVÉSICULAIRE SUR VÉSICULE SCLÉRO-ATROPHIQUE A CONTENU PURULENT ENROBANT LES CALCULS. Les difficultés opératoires sont en général au maximum, ces cas s'accompagnent volontiers d'un remaniement profond du pédicule hépatique qui est infiltré.

4) Plus souvent l'intervention a permis de mettre en évidence un ABCÈS INTRAVÉSICULAIRE, MAIS SUR VÉSICULE DISTENDUE, pleine de pus, réalisant le tableau anatomique de L'EMPYÈME SUBAIGU : 35 cas sur 322, soit une proportion de 11 %.

Parmi ces 35 observations une a réalisé la forme majeure donnant à l'examen de la pièce un aspect pseudo-

néoplasique tant la muqueuse était ulcérée et bourgeonnante (Obs. 160).

5) A un degré de plus se trouve réalisé le PHLEGMON DE LA PAROI VÉSICULAIRE, retentissant profondément sur la région sous-hépatique qui est souvent le siège d'un abcès. Les parois vésiculaires sont gangréneuses, voir même perforées. Cette éventualité groupe 8 cas sur 322, soit une proportion de 2 %, qui s'établissent comme suit :

- Gangrène de la paroi (Obs. 57, 370, 429).
- Perforation vésiculaire (Obs. 98).
- Phlegmon de la paroi vésiculaire (Obs. 123, 166).
- Abcès sous-hépatique (Obs. 303).
- Parois vésiculaires hémorragiques (Obs. 430).

6) LA VÉSICULE SCLÉRO-ATROPHIQUE représente une éventualité fréquente, surtout chez les malades aux antécédents éloignés. L'intervention permet de découvrir une vésicule petite, à parois épaisses, ratatinée sous le foie, ayant souvent attiré la voie biliaire principale qui risque d'être blessée; les difficultés opératoires sont là encore souvent assez considérables. Cette forme comporte 77 observations, soit 24 % des cas.

7) Une forme également fréquente est représentée par LES GROSSES VÉSICULES EXCLUES, DISTENDUES, A PAROIS ÉPAISSES, MAIS CONTENANT DU MUCO-PUS ET NON DU PUS FRANC. Ces formes donnent volontiers une image radiologique de vésicule exclue, mais aucun parallélisme ne saurait être établi entre les données radiologiques et celles de l'intervention. Nous avons relevé 75 cas semblables, soit une proportion de 23 %.

8) Notons enfin quelques PARTICULARITÉS MORPHOLOGIQUES qui ne suffisent en général pas à expliquer les symptômes, car nous les avons toujours trouvés associés à l'une quelconque des formes précitées, ces faits concernant 5 observations, soit 1,5 % des cas.

- Obs. 76 : Vésicule coudée.
- Obs. 102 : Vésicule en crochet.
- Obs. 217 : Vésicule située le long de la face postérieure du foie.
- Obs. 232-313 : Vésicule bilobée.

II. — Lésions de voisinage.

Dans un certain nombre de cas, nous avons observé des lésions associées des organes de voisinage, particulièrement dans les cas où le processus déjà ancien avait débordé le cadre vésiculaire à la suite de poussées aiguës successives.

1) *Les adhérences vésiculaires* sont le témoin le plus souvent rencontré de ces réactions de voisinage :

- Vésicule ayant contracté des *adhérences épiploïques* : 81 sur 322, soit 25 %.
- Vésicule *adhérente au colon transverse* : 19 cas sur 322, soit 6 %.
- Vésicule *adhérente au duodénum* : 6 sur 322, soit 2 %.
- Vésicule *adhérente au colon et au duodénum* : 1 cas.
- Vésicule *adhérente à la face inférieure du foie* : 1 cas.

Au maximum, le développement des adhérences entraîne la formation de *fistules cholécysto-digestives*. Nous avons constaté une *fistule cholécystogastrique*, de la taille d'une pièce de 50 centimes au niveau de l'antra avec un calcul à cheval sur la communication. Le malade se présentait cliniquement avec un tableau de sténose pylorique associé à des manifestations douloureuses vésiculaires au second plan. Cette lésion a entraîné une gastrectomie associée à la cholécystectomie (Obs. 39).

Les 2 autres observations (Obs. 209-407), concernant des *fistules cholécystoduodénales* en voie de formation. L'intervention difficile dans ces 2 cas ne s'est pas accompagnée de sacrifice intestinal.

2) *Certains retentissements sur la voie biliaire principale* ont également été notés.

Nous avons en effet rencontré 19 fois sur 322 (soit 6 %) un *cholédoque dilaté*.

Mais l'exploration digitale a été jugée suffisante pour éliminer un obstacle calculeux à l'intérieur du cholédoque et l'exploration instrumentale n'a pas été faite.

- Dans 10 cas, les résultats ont été excellents (Obs. 47, 87, 114, 123, 226, 227, 238, 304, 309).

- Dans 1 cas, le résultat éloigné a été très bon (Obs. 321).
- 4 malades ont été perdus de vue (Obs. 103, 212, 229, 306).
- 1 malade est décédé au 3^e jour de collapsus cardiaque (Obs. 449).
- 2 malades enfin ont été réopérés :
 - Obs. 144 : Au bout de 2 mois : syndrome cholédocien : pas de calcul, cholédoque comprimé par des adhérences.
 - Obs. 319 : Un an après la cholécystectomie, réintervention d'urgence pour syndrome abdominal aigu avec contracture généralisée. Il s'agissait d'une obstruction du sphincter d'Oddi par un fil non résorbable tombé de la lumière cholédocienne.

3) L'intervention a permis de noter une sclérose de l'embouchure du cystique dans l'obs. 114.

4) Dans l'obs. 396, on a trouvé une sclérose intense du bassinet.

5) 9 fois les difficultés opératoires sont nées de l'infiltration du pédicule hépatique (Obs. 57, 112, 160, 209, 212, 305, 355, 380, 396).

6) Dans 3 cas, il existait un véritable phlegmon péri-vésiculaire (Obs. 112, 204, 303).

7) Les lésions observées au niveau du pancréas ont été les suivantes :

- Noyau céphalique de pancréatite chronique, 3 cas (Obs. 143, 207, 321).
- Pancréas de consistance irrégulière et grenue dans son ensemble (Obs. 165).

8) Au niveau de l'estomac, nous avons pu faire les constatations suivantes :

- Obs. 15 : Estomac distendu mais à parois normales.
- Obs. 39 : Estomac énorme, adhérent à la face inférieure du foie, fistule cholécystogastrique de la région antrale, calcul à cheval sur la fistule.
- Obs. 89 : Estomac recouvert d'un piqueté hémorragique et d'exsudats inflammatoires.
- Obs. 308 : Sténose pylorique.

- 9) En ce qui concerne le *duodénum*, il a été noté :
- Un duodénum dilaté dans 2 cas (Obs. 37-159),
 - Un état inflammatoire du duodénum (Obs. 143),
 - Une fistule cholécystoduodénale imminente dans 2 cas (Obs. 209-407).
- 10) Les *lésions hépatiques* n'ont été rencontrées que 2 fois :
- Obs. 57 : Volumineux abcès intra-hépatique occupant en totalité le lobe droit.
 - Obs. 106 : Foie très dur, d'aspect pseudonéoplasique.
- 11) Les *lésions péritonéales* enfin sont à signaler :
- Obs. 52 : Ascite légère.
 - Obs. 98 : Liquide purulent péritonéal.
 - Obs. 228 : Œdème de l'épiploon et de la région pylorique.
 - Obs. 336 : Granulations péritonéales évoquant la bacillose.

III. — Etude des calculs.

1) LOCALISATION DES CALCULS :

a) *Calculs du cystique* :

44 cas sur 322, soit une proportion de 13 % :

- dans 19 cas, il s'agissait de calculs uniques,
- dans 25 cas, le calcul du cystique était associé à une lithiase de la vésicule proprement dite.

b) *Calculs du bassinet* :

21 cas sur 322, soit une proportion de 6 % :

- dans 12 cas, il s'agissait de calculs uniques,
- dans 9 cas, le calcul du bassinet était associé à une lithiase de la vésicule proprement dite.

Signalons que dans 2 observations il existait une lithiase à la fois du cystique et du bassinet.

c) Dans tous les autres cas, les calculs ont été trouvés *libres* à l'intérieur de la vésicule.

2) NOMBRE DES CALCULS :

a) *Calculs uniques* :

70 observations sur 322, soit 21 % des cas.

b) *Calculs multiples :*

251 observations sur 322, soit 79 % des cas.

Parmi ceux-ci nous distinguerons :

- 1) 28 observations (soit une proportion de 8 %) où les calculs sont de taille différente, les gros calculs muroformes coexistant avec des micro-calculs.
- 2) 86 observations (soit une proportion de 27 %) où il n'existait que de gros calculs, en général en nombre réduit.
- 3) Enfin les observations les plus nombreuses sont celles où une multitude de petits calculs existent seuls (Microlithiasie de la vésicule) : 137 cas sur 322, soit 44 %.

c) Dans 3 observations l'intervention n'a pas mis en évidence de calculs biliaires, mais il s'agissait cependant d'une cholécystite lithiasique lors d'une cholécystostomie antérieure. Nous n'avons pas cru devoir classer ces observations dans le chapitre des affections non lithiasiques.

IV. — Lésions associées.

Nous classerons sous cette rubrique des lésions extra-vésiculaires, soit soupçonnées cliniquement ou radiologiquement, soit découvertes opératoires ayant nécessité le plus souvent un geste chirurgical complémentaire :

- OBS. 39 : Une gastrectomie a été rendue nécessaire par l'existence d'une fistule cholécystogastrique.
- OBS. 57 : Il a fallu drainer un abcès du foie conjointement à la cholécystectomie.
- OBS. 99 : Il existait une hydronéphrose sur rein en fer à cheval.
- Une appendicectomie associée a été pratiquée dans 3 cas (Obs. 229, 217, 440). Dans ces 3 observations, c'est le diagnostic d'appendicite qui avait été porté devant un tableau clinique trompeur et c'est l'intervention qui a révélé la lésion vésiculaire.

- OBS. 308 : Une sténose du pylore associée a nécessité une gastro-entéro-anastomose.
- OBS. 354 : A la cholécystectomie a été associée une néphrectomie pour une pyonéphrose importante. L'examen histologique a montré qu'il ne s'agissait pas de lésions tuberculeuses, mais d'une angionéphrosclérose avec infarctus ancien.

V. — Incidents opératoires.

Sont de divers ordres, nous signalerons :

- Une rupture de la vésicule au cours de sa libération (Obs. 1, 308, 329, 355, 395).
- Blessure du duodénum, facilement réparée dans chaque cas (Obs. 91, 166, 355, 380).
- Blessure latérale du cholédoque, drain au contact (Obs. 98).
- Difficultés d'hémostase dues à la profondeur de l'artère cystique et ayant obligé de laisser des pinces à demeure (Obs. 310, 436).
- Obs. 57 : Ouverture à la dissection du pédicule hépatique d'un volumineux abcès du lobe droit du foie.
- Rupture d'un abcès péri-appendiculaire; au cours de la libération de la vésicule (Obs. 112, 166).
- Dans l'obs. 134, nous notons qu'à l'ouverture de la pièce opératoire, il a été découvert 2 calculs, dont l'un comportait 2 facettes, ce qui a posteriori laissait supposer qu'un calcul aurait pu être oublié.

Nous signalerons en terminant, qu'en ce qui concerne l'incision, tous nos malades ont été opérés par laparotomie oblique sous-costale droite. 4 cependant l'ont été par laparotomie médiane sus-ombilicale (Obs. 16-37-98-214).

Une cholécystectomie a été pratiquée par incision de Mac' Burney agrandie. Il s'agissait dans chaque cas de formes atypiques où le diagnostic de cholécystite n'avait pas été porté.

Chapitre IV

LES SUITES OPERATOIRES IMMEDIATES

I. — Suites excellentes, sans incidents d'aucun ordre.

251 malades sur 322, soit une proportion de 80 %.

II. — Complications générales sans rapport avec la lithiase.

27 cas sur 322, soit 8 %.

En voici le détail :

a) *Complications pulmonaires d'ordre infectieux :*

8 cas de congestion pulmonaire bénigne à évolution rapidement régressive (Obs. 69, 79, 100, 114, 214, 358, 415, 417).

Dans 3 observations, la complication a été plus sérieuse :

- OBS. 216 : Congestion pulmonaire post-opératoire ayant nécessité un traitement prolongé à la solumédine et à la streptomycine.
- OBS. 355 : Congestion pulmonaire suivie d'un épanchement pleural.
- OBS. 295 : Atélectasie post-opératoire, guérison rapide.

b) *Complications veineuses :*

Observées 8 fois (soit presque 3 %) :

- 3 phlébites (Obs. 32, 244, 357).
- Une observation de phlébite suivie d'infarctus : Obs. 300.
- 4 infarctus pulmonaires moyens (Obs. 110, 341, 377, 405).

c) *Complications diverses :*

- OBS. 30 : Vertiges, œdème des membres inférieurs d'origine cardiaque.
- OBS. 158 : Etat de shock marqué avec température à 40°. état général très lent à se rétablir.

- OBS. 167 et 395 : Parotidite bilatérale ayant nécessité une incision dans le 2^e cas.
- OBS. 223 : Au 8^e jour, colique néphrétique. Le malade est confié au Pr. CIBERT.
- OBS. 406 : Température oscillante d'origine indéterminée, pendant les 5 premiers jours.
- OBS. 407 : Petit épisode urinaire traité par le Rufol.
- OBS. 427 : Température, crise de rétention aiguë d'urine ayant nécessité une prostatectomie (Pr. CIBERT).
- OBS. 431 : Dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac ayant nécessité une laparotomie dont les suites sont bonnes.

III. — Complications locales.

Observées 22 fois, soit dans 7 % des cas.

C'est ainsi que nous avons relevé :

- a) *Des hématomes* qui ont quelque peu retardé la cicatrisation.

Obs. 49, 55, 69, 102, 122, 175, 214, 216, 326, 354, 357, 378, 398, 416, 427, 428.

Dans un cas seulement la suppuration a nécessité une suture secondaire de la paroi (Obs. 216). Soit 16 observations représentant une proportion de 5,5 %.

- b) Dans l'obs. 165, nous avons noté : petits accidents hémorragiques locaux au 1^{er} jour ayant cédé au tamponnement local à l'Ercé et aux hémostatiques généraux.
- c) 4 fois nous avons noté un mouvement fébrile de 24 heures à l'ablation des mèches (Obs. 162, 305, 307, 311).
- d) Enfin la complication la plus sévère concerne l'observation 369. Au 12^e jour, la malade s'est présentée avec des accidents de subocclusion. La réintervention a permis d'évacuer un abcès pelvien d'origine indéterminée, un drain a été laissé en place. Après l'ablation du drain, on constate l'existence d'une petite fistule intestinale qui se cicatrise toute seule.

IV. — Décès post-opératoires.

19 sur 322, soit une proportion de 6 %.

a) Décès rapides dans un tableau de choc opératoire :

- OBS. 57 : Décès rapide au 2^e jour après une amélioration passagère avec baisse de température et diminution des douleurs.
- OBS. 111 : Tableau de choc et d'agitation sans que l'on puisse mettre en évidence un signe de réaction péritonéale ou d'hémorragie. Décès au 3^e jour. Vérification impossible.
- OBS. 143 : Malade très choqué, vomissements de bile, décès au bout de 20 heures.
- OBS. 308 : Etat de choc prononcé que l'on traite (sang, sérum, analeptiques). Exitus au 2^e jour.
- OBS. 380 : Choc, décès rapide au bout de 24 heures.
- OBS. 429 : Décès après 24 heures.
- OBS. 451 : Malade très choqué, aucun incident local ou abdominal, mort au 3^e jour dans le collapsus cardiaque.

Ces 7 malades décédés dans un tableau de choc opératoire étaient en général des malades âgés et en mauvais état au moment de l'intervention, voici les points particuliers de leurs observations :

- OBS. 57 : Malade de 50 ans présentant un énorme abcès qui occupait tout le lobe droit du foie.
- OBS. 111 : Concerne par contre une jeune femme de 37 ans, fébrile et amaigrie. Les conditions de l'exitus restent dans ce cas difficilement explicables.
- OBS. 143 : Malade de 72 ans, l'intervention a révélé un état inflammatoire gastro-duodénal et une pancréatite chronique associée.
- OBS. 308 : Malade de 72 ans. Intervention particulièrement difficile en raison des adhérences, blessure de la vésicule au cours de sa libération, nécessité de pratiquer une gastro-entéro-anastomose en raison d'une sténose du pylore d'origine biliaire.
- OBS. 380 : Malade de 68 ans très amaigri, dépéritonisation duodénale au cours de l'intervention.

— OBS. 429 : Malade de 70 ans qui présentait une cholécystite gangréneuse à forme toxique.

— OBS. 451 : Homme de 65 ans, ictérique depuis plusieurs semaines, bien que les tests hépatiques n'aient pas subi de trop importantes perturbations.

b) Décès imputables aux complications veineuses :

— OBS. 201 : Depuis le 5^e jour, état général alarmant, température à 40°, collapsus, cyanose, décès au 7^e jour.

— OBS. 303 : Ecoulement purulent et bilieux à l'ablation des mèches. Après 15 jours l'écoulement diminue, mais la température reste au voisinage de 38. Le 11-10-1948, soit au 27^e jour : embolie au lever, entraînant une mort rapide. Autopsie : cœur, r. a. s.; infarctus des 2 bases, caillot blanchâtre dans l'artère pulmonaire droite.

— OBS. 379 : Suites simples les 2 premiers jours, puis décès brutal, probablement dû à une embolie.

— OBS. 400 : Suites normales les 2 premiers jours, puis apparition de dyspnée et d'angoisse avec mort rapide dans un tableau de défaillance cardiaque au 2^e jour.

— OBS. 449 : Décès le 3^e jour. Syndrome de collapsus cardiaque, cyanose, pouls petit, prostration.

L'ensemble des 5 malades décédés de complications thrombo-emboliques avait un âge moyen de 60 ans, aucun antécédent particulier susceptible de favoriser ce type de complication ne peut être retenu, sauf en ce qui concerne l'obs. 400 où il s'agissait d'un homme de 61 ans, obèse, emphysémateux et éthylique avec un taux de prothrombine à 115 %.

c) Décès dans la cachexie progressive à marche plus ou moins rapide :

— OBS. 44 : Vomissements bilieux, déshydratation progressive, mort au 5^e jour sans signes péritonéaux dans la cachexie.

— OBS. 98 : Suppuration de la plaie, cachexie progressive, parotidite droite, mort au 25^e jour.

— OBS. 99 : Température oscillante au 10^e jour. Escarre, cachexie progressive, mort le 21^e jour.

— OBS. 217 : Signes de déshydratation de plus en plus

marqués. Ne supporte pas le sérum. Parotidite suppurée au 10^e jour. Décès le 26^e jour dans le collapsus cardio-vasculaire.

Ces 4 décès correspondent aux observations suivantes :

- OBS. 44 : Homme de 45 ans très amaigri, sans antécédents particuliers.
- OBS. 98 : Homme de 64 ans, opéré à la 36^e heure d'une perforation de cholécystite gangréneuse avec température à 39 et faciès toxique.
- OBS. 99 : Femme de 68 ans, fébrile. Découverte à l'intervention d'une hydronéphrose sur rein en fer à cheval.
- OBS. 217 : Femme de 55 ans, ancienne tuberculose pulmonaire stabilisée, suivie dans le service du Pr. SANTY pour tumeur pulmonaire gauche.

d) Autres décès :

- OBS. 89 : Déclin rapide de l'état général, diarrhée sanglante, exitus au 20^e jour.

Il s'agissait d'une femme de 89 ans, amaigrie qui présentait l'intervention un piqueté hémorragique de l'estomac.

- OBS. 166 : Dilatation d'estomac qui cède au lavage gastrique, puis décès rapide au 4^e jour : cause cardiaque.

Autopsie : ni pus ni sang dans le ventre, intégrité des voies biliaires et de la suture du duodénum.

Il s'agissait d'une femme de 67 ans déjà affaiblie, chez laquelle l'intervention fut particulièrement longue et pénible et comporta notamment une suture du duodénum nécessitée par une rupture opératoire.

- OBS. 403 : Mort dans le coma hyperglycémique (3,80 gr.) au 19^e jour.

Femme de 58 ans, diabétique sévère et traitée par l'insuline depuis plusieurs années.

V. — Complications d'ordre hépato-vésiculaire.

Concernent 9 cas sur 322, soit une proportion de 3 %.

Voici le détail des observations :

- OBS. 74 : Ictère franc de 3 semaines, puis apparition d'une fistule biliaire qui se tarit progressivement. Il

s'agit sans doute de phénomènes inflammatoires, car le cholédoque était apparemment normal.

- OBS. 118 : Apparition d'un ictère au 3^e jour, l'ictère fonce de plus en plus et s'accompagne de prurit, tubage duodénal impossible. La malade devient anorexique, la température s'élève. Quitte le service au 26^e jour en mauvais état.
- OBS. 132 : Fistule biliaire qui coule abondamment pendant 3 semaines, puis cicatrisation.
- OBS. 134 : Fistule biliaire qui coule abondamment.
- OBS. 168 : Ecoulement de bile important, mais diminuant rapidement. Etat général satisfaisant.
- OBS. 269 : Fistule partielle (selles décolorées), laissant écouler une bile claire. Etat général excellent.
- OBS. 294 : Léger écoulement biliaire vite tari.
- OBS. 306 : Constitution d'une petite fistule biliaire après 2 épisodes fébriles dus à la rétention.
- OBS. 377 : Epanchement biliaire sous-hépatique. Bonne cicatrisation après fistule.

Sur ces 9 malades, 3 ont du subir une nouvelle intervention sur les voies biliaires :

- OBS. 74 : Deux mois après la cholécystectomie, intervention pour rétrécissement du cholédoque (Obs. III de la thèse de MELEY).
- OBS. 134 : 5 mois après la cholécystectomie, intervention pour rétrécissement du cholédoque (Obs. IV de la thèse de MELEY).
- OBS. 269 : Au bout de 5 mois, nouvelle intervention : libération de la voie principale qui est bloquée au sein d'adhérences, drainage du cholédoque par drain de Kehr.

Chapitre V

LES RESULTATS ELOIGNES

Sur les 322 malades opérés de cholécystectomie pour lithiase vésiculaire :

- 19 sont décédés dans les suites opératoires immédiates, soit une proportion de 6 %.
- 80 ont répondu personnellement au questionnaire qui leur avait été adressé, soit 25 %.
- 146 ont été revus, soit 45 %.
- 46, soit une proportion de 14,5 %, ont été complètement perdus de vue.
- Nous avons pu avoir des nouvelles très précises de 15 malades décédés longtemps après l'intervention, la famille ayant répondu au questionnaire (5 %).
- Le médecin traitant a pu dans 16 cas (5 %), nous donner des nouvelles utilisables pour l'enquête de malades n'ayant pas répondu au questionnaire.

A. — Malades revus ou ayant répondu de façon satisfaisante au questionnaire.

226 sur 322, soit une proportion de 70 %.

1^{re} question. Les troubles qui vous ont amené à ma consultation et que vous présentiez avant l'opération ont-ils complètement disparus ?

Réponse : OUI.

177 malades sur 226 suivis complètement, soit une proportion de 78 %.

2^e question. Avez-vous depuis l'opération présenté de la jaunisse ?

1) *Réponse : NON.*

214 malades sur 226, soit 94 %.

2) *Malades ayant présenté de l'ictère :*

a) ICTÈRES BÉNINS DE TYPE INFECTIEUX :

- OBS. 31 : Petits épisodes ictériques à la suite d'écarts de régime.
- OBS. 183 : 2 ou 3 épisodes ictériques de courte durée depuis Décembre 1950.

b) ICTÈRES DE TYPE ANGIOCHOLITIQUE :

- OBS. 118 : 18 mois après l'intervention, apparition d'un ictère fébrile ayant duré 5 mois.

Il s'agissait d'une malade de 59 ans, opérée de cholécystite calculeuse après un long passé de lithiase. Les suites immédiates avaient été marquées par l'apparition d'un ictère très foncé, fébrile, avec grosse atteinte de l'état général et la malade avait quitté l'hôpital au 20^e jour en très mauvais état. Malgré ces 2 épisodes ictériques, dont le dernier date maintenant de 7 ans, cette malade va très bien et mène une vie très active. (Travail de la campagne).

- OBS. 375 : Ictère de 3 semaines après l'intervention.

Ce malade de 37 ans a fait chez lui un ictère dû à une poussée d'angiocholite qui est restée sans lendemain.

- OBS. 457 : Poussée d'angiocholite avec ictère en 1951.

Cette malade de 65 ans qui a subi une cholécystectomie en 1947 a présenté 4 ans après une poussée d'angiocholite avec grosse perturbation de ses tests hépatiques.

c) SYNDROMES CHOLÉDOCIENS :

- OBS. 9 : A présenté 3 épisodes ictériques : 25-8-48, 10-11-49, 15-4-51. Ces épisodes ont accompagné ou suivi des crises douloureuses du type cholédocien. Cette malade a du reste été réopérée le 19-5-51 par un autre chirurgien pour lithiase cholédocienne.
- OBS. 25 : Episode ictérique à la suite d'une crise douloureuse en 1942.

Malade de 43 ans opérée en 1941, l'ictère de 1942 n'a duré que quelques jours et a cédé à une série de tubages duodénaux. Dans les 10 années qui ont suivi, aucun incident de ce genre n'est signalé.

- OBS. 74 : Syndrome cholédocien avec ictère par rétrécissement post-opératoire de la voie biliaire principale ayant nécessité une reconstitution.

Malade de 60 ans qui a subi en 1944 une cholécystectomie pour lithiasie vésiculaire. Dans les suites opératoires, installation d'un ictère accompagné bientôt de frissons et de température. La réintervention pratiquée 5 mois plus tard montra qu'il s'agissait d'un rétrécissement de la voie principale siégeant à l'endroit où avait porté la ligature du cystique (Obs. 3 de la thèse de MELEY). Les suites de cette 2^e intervention furent excellentes, ainsi que le résultat éloigné.

- OBS. 134 : Crises cholédociennes typiques par rétrécissement post-opératoire de la voie biliaire principale ayant nécessité une réintervention de reconstitution.

Il s'agissait d'une malade de 46 ans, obèse, qui a subi en 1945 une cholécystectomie pour cholécystite aiguë lithiasique. Les suites ont été marquées par l'apparition d'une fistule biliaire assez abondante qui a persisté pendant 3 mois. Au bout de 5 mois, apparition de crises cholédociennes typiques chez une malade amaigrie. La réintervention pratiquée le 5-10-1945 montra un rétrécissement à la partie moyenne du cholédoque. Les suites furent bonnes si l'on excepte une complication pulmonaire post-opératoire, mais 7 mois après des poussées ictéro-fébriles réapparaissent, nécessitant des tubages duodénaux et des cures hydrominérales à Vichy qui dans l'ensemble ont apporté une sensible amélioration. (Obs. 4 de la thèse de MELEY).

- OBS. 144 : Syndrome cholédocien dont est responsable un foyer d'adhérences sous-hépatiques.

Femme de 71 ans (Mère de l'Obs. 197), opérée en 1945 pour cholécystite scléro-atrophique lithiasique, l'intervention avait montré un cholédoque dilaté à l'intérieur duquel la palpation s'était révélée négative. En raison

de l'âge il n'a pas été fait de cholédocotomie. En 1947, soit 2 ans plus tard, cette malade présente des crises cholédociennes typiques et une réintervention est décidée. Elle montre un cholédoque comprimé par des adhérences au niveau du pédicule hépatique.

- OBS. 197 : Syndrome cholédocien typique survenu 4 ans après une cholécystectomie et expliqué à l'intervention par une gangue fibreuse enserrant le pédicule hépatique.

Il s'agissait d'une femme de 33 ans opérée en 1946. Après des suites parfaites pendant 3 ans, réapparition en 1949 de crises cholédociennes faisant craindre un calcul de la voie principale. La réintervention faite en 1950 permit de découvrir un cholédoque comprimé au sein d'adhérences occupant tout le pédicule hépatique.

- 3° **question.** Avez-vous eu de nouvelles crises douloureuses ? Pouvez-vous en préciser la date, la durée ? Voulez-vous en décrire les caractères en quelques mots ?

1) *Réponse : NON.*

178 malades sur 226, soit une proportion de 78 %.

2) *Malades ayant présenté de nouvelles crises douloureuses depuis l'intervention :*

47 malades sur 226, soit une proportion de 22 %.

Parmi ces manifestations douloureuses, il y a lieu de distinguer :

a) *Des troubles peu importants* de par leur caractère, leur fréquence, leur durée et le fait qu'ils surviennent le plus souvent à l'occasion d'écarts de régime.

Ces cas groupent 35 malades :

- OBS. 41 : Quelques petites crises avec vomissements dues à des écarts de régime.
- OBS. 67 : En Septembre 1940, une crise de 2 jours avec vomissements et frissons.
- OBS. 101 : A présenté depuis 6 mois quelques petites crises douloureuses n'ayant pas comme avant l'intervention le caractère angineux : ces crises ont maintenant une irradiation droite.

- OBS. 106 : Crises à l'occasion d'écarts de régime.
- OBS. 121 : 1 à 2 crises par an.
- OBS. 167 : Une crise douloureuse de 12 heures en 1948. Depuis quelques épisodes douloureux sans caractères bien précis. (Prédominance nocturne).
- OBS. 169 : Quelques crises douloureuses, mais beaucoup moins marquées que les précédentes et sans vomissements.
- OBS. 175 : Quelques petites crises moins douloureuses.
- OBS. 182 : Crise de 8 jours en Octobre 1946, moins violente qu'avant l'intervention. Crises ensuite moins violentes et semble-t-il de plus en plus rarés.
- OBS. 185 : Petites crises douloureuses fréquentes ayant complètement cédé actuellement à la Bromésérine.
- OBS. 186 : Petites crises douloureuses de temps en temps.
- OBS. 193 : Prend une ou deux crises par an pendant 24 heures.
- OBS. 232 : Petites crises douloureuses de moins en moins fréquentes, plutôt malaises de 24 heures.
- OBS. 233 : Présente 2 ou 3 crises par an avec vomissements de bile.
- OBS. 239 : Syndrome douloureux épigastrique post-prandial tardif. (En rapport probable avec un ulcus duodénal).
- OBS. 240 : Douleur quotidienne ?? (sans précision).
- OBS. 243 : Une crise douloureuse violente en 1949 (excès alimentaire), pas depuis.
- OBS. 244 : A présenté quelques crises douloureuses avec vomissements de bile.
- OBS. 316 : Quelques douleurs récentes à irradiation interscapulaire.
- OBS. 343 : Une crise de 15 jours en Février 1951.
- OBS. 346 : Une crise douloureuse de 8 jours en Juin 1950, avec température à 38, vomissements et maux de tête.
- OBS. 349 : Deux crises en Juillet 1950 et Juillet 1951 : durée 1 heure.
- OBS. 356 : Plusieurs crises douloureuses jusqu'en 1950. Plus de crises depuis la cure à Vichy.

- OBS. 358 : Deux crises douloureuses en Février 1949 et Avril 1950. Plus depuis.
- OBS. 367 : Deux crises en Janvier et Septembre 1950.
- OBS. 378 : Une crise de 2 ou 3 jours en Juin 1950.
- OBS. 395 : Quelques douleurs à irradiation dorsale et scapulaire.
- OBS. 406 : Douleurs de l'hypocondre droit et du dos au moment des règles.
- OBS. 408 : Quelques crises douloureuses moins fortes qu'avant l'intervention.
- OBS. 409 : 25 crises moins fortes (irradiation scapulaire).
- OBS. 431 : Une crise de 8 jours en Août 1950 : vomissements sans température.
- OBS. 432 : Une dizaine de crises du même type que celles ayant précédé l'intervention mais d'intensité très atténuée.
- OBS. 438 : Quelques crises de Septembre 1950 à Avril 1951.
- OBS. 444 : Une crise de 2 ou 3 heures.
- OBS. 448 : Une crise avec température à 39 en Juillet 1951.

b) Manifestations douloureuses plus sévères et plus importantes.

Concernent 12 malades :

- OBS. 9 : Plusieurs crises cholédociennes en Août 1948, Novembre 1949 et le 16 Avril 1951.
- OBS. 25 : Une crise en 1942 ayant cédé à une série de tubages duodénaux. Depuis quelques douleurs à irradiation lombaire et scapulaire, s'accompagnant parfois de décoloration des matières.
- OBS. 86 : Persistance de quelques crises améliorées par les tubages. Crises moins violentes et moins fréquentes depuis 1944.
- OBS. 92 : Plusieurs crises de colique hépatique depuis Octobre 1945 jusqu'à 1948.
- OBS. 134 : Crises cholédociennes typiques dont la dernière remonte à Juin 1951.
- OBS. 144 : Crises cholédociennes typiques.

- OBS. 159 : Nouvelles crises ayant nécessité une nouvelle intervention par d'autres chirurgiens (Cholécotomie avec drainage externe, exploration qui s'est révélée négative). Depuis cette réintervention qui date du 30-10-1950, amélioration de 3 semaines, puis reprise des crises de colique hépatique à répétition avec température, surtout au moment des règles. (Traitées par insuline et calcamine).
- OBS. 164 : Quelques crises douloureuses de type cholécocien sans ictère; réopéré pour un autre ictère le 25 sept. 1947 pour lithiase du cholédoque et a subi une cholécotomie suivie de suture primitive du cholédoque (Obs. 5 de la thèse de BEZES).
- OBS. 197 : Crises cholécociennes typiques.
- OBS. 214 : Ballonnement et crises douloureuses tous les ans avec température à 40° et frissons. Il s'agit de crises d'hypertonie traitées comme telles par le Pr. LEVRAT.
- OBS. 399 : 3 crises : Novembre 1950, Juin et Juillet 1951. Migraines, vomissements, frissons. Durée 24 heures.
- OBS. 457 : Quelques crises douloureuses de type cholécocien avec température élevée et oscillante.

4^e question. Digérez-vous bien ? Sinon quels troubles digestifs présentez-vous ?

1) *Réponse : OUI.*

155 malades sur 226, soit une proportion de 68 %.

2) *Malades présentant des troubles digestifs :*

70 sur 226, soit une proportion de 32 %.

Nous relevons :

- 32 malades qui se plaignent de digestions lentes.
- 15 qui accusent du ballonnement post-prandial.
- 8 cas où la pesanteur post-prandiale est accusée, obligeant parfois les malades à s'étendre $\frac{1}{2}$ heure après les repas.
- 5 malades se plaignent de vomissements fréquents.
- Dans 4 cas les nausées et les éructations nous ont été signalées.

- 2 fois nous avons rencontré des migraines post-prandiales.
- 4 fois un ballonnement nous a été signalé.
- La diarrhée post-prandiale est accusée 4 fois.
- 3 malades présentent de la somnolence après les repas.
- 2 malades présentent un syndrome ulcéreux du à un ulcus peptique (Obs. 65-302).
- Des troubles dyspeptiques d'origine gastrique ont été relevés 4 fois (Obs. 175, 203, 307, 450).

5° question. Suivez-vous un régime alimentaire ? Sinon en avez-vous suivi un, lequel et pendant combien de temps ?

- 1) *Malades n'ayant jamais suivi de régime :*
134 sur 226 malades, soit 59 %.
- 2) *Malades suivant en principe un régime, mais recon-sant volontiers qu'ils y font de fréquentes entorses :*
40 sur 226 malades, soit : 18 %.
- 3) *Malades ayant donné l'impression de suivre correc-tement leur régime :*
52 sur 226, soit 23 %.

6° question. Etes-vous constipé ?

- 1) *Réponse : NON.*
141 sur 226 malades, soit : 62 %.
- 2) *Malades présentant des épisodes passagers de cons-tipation ou suivant un traitement médicamenteux préventif de façon épisodique :*
20 malades sur 226, soit : 9 %.
- 3) *Malades constipés habituels :*
65 sur 226, soit une proportion de 29 %.

7° question. Avez-vous repris du poids depuis l'opération ? Combien de kilogs ?

- 1) *Malades ayant repris du poids :*
152 sur 226, soit 67 %.
- a) *ENTRE 2 ET 5 KGS Y COMPRIS :*
55 malades, soit 23 %.

b) ENTRE 6 ET 10 KGS Y COMPRIS :

59 malades, soit 24 %.

c) 11 KGS ET AU-DESSUS :

38 malades, soit 20 %.

2) *Malades ayant retrouvé leur poids antérieur à l'opération :*

64 sur 226, soit 28 %.

3) *Malades ayant maigri :*

10 sur 226, soit 4,5 %.

a) AMAIGRISSEMENT DE MOINS DE 10 KGS :

8 malades, soit 3,5 %.

b) AMAIGRISSEMENT DE PLUS DE 10 KGS :

2 malades, soit 0,8 %.

8^e **question.** Depuis l'intervention avez-vous été soigné pour une autre maladie ? Laquelle ?

A cet égard, nous relevons :

1) *Des interventions gynécologiques :*

— Ligamentopexie : Obs. 172.

— Hystérectomie pour fibrome : Obs. 28, 81.

— Radiothérapie pour fibrome : Obs. 413.

— Hystérectomie pour salpingite : Obs. 87.

2) *Appendicite aiguë opérée :* Obs. 123.

3) *Amputation du sein pour néoplasme :* Obs. 304.

4) *Malades traités pour des affections vasculaires :*

— Hypertension artérielle avec défaillance cardiaque : Obs. 47, 48, 169, 182, 243, 330, 364, 396, 397, ce dernier présentant de plus des manifestations de type angineux.

— Hémiplégie après ictus : Obs. 178.

— Infarctus du myocarde avec phlébite consécutive : Obs. 184.

— Phlébite avec embolie : Obs. 1.

— Phlébite de la jambe droite : Obs. 244.

— Séquelles de phlébite : Obs. 300.

5) *Affections urologiques :*

— Pyonéphrose non tuberculeuse : Obs. 33.

— Cancer de la prostate : Obs. 96.

— Lithiase rénale : Obs. 96, 457.

6) *Paludisme* : Obs. 62.

7) *Rhumatisme polyarticulaire grave* : Obs. 129.

8) *Hémorroïdes opérées* : Obs. 70.

9) *Tuberculose pulmonaire* : Obs. 64, 331.

Adénite cervicale tuberculeuse : Obs. 332.

10) *Occlusion post-opératoire en 1951* : Obs. 142.

11) *Hémorragie intestinale crypto-génétique en 1945* :
Obs. 77.

12) *Parathyphoïde* : Obs. 213.

13) *Affections gastriques* :

— *Ulcus pylorique traité médicalement* : Obs. 18.

Ulcus gastrique traité médicalement : Obs. 338, 416.

— *Malade décédé depuis l'enquête des suites d'une gastrectomie pour néoplasme gastrique pratiquée dans un autre service* : Obs. 241.

— *Troubles digestifs d'origine gastrique (Rx. Œdème du bulbe)* : Obs. 243.

— *Ulcus peptique après gastro-entéro-anastomose* :
Obs. 302.

— *Gastrectomie en 1948 pour ulcère du duodénum terrébrant dans le pancréas. Actuellement ulcus peptique de la bouche anastomotique* : Obs. 65.

— *Gastrectomie le 18-10-45 pour sténose pylorique d'origine ulcéreuse.*

14) *Diabète léger par pancréatite chronique* : Obs. 216.

15) *Manifestations allergiques* :

— *Asthme* : Obs. 29, 192, 214.

— *Eczéma* : Obs. 120, 162, 191, 323, 337.

— *Urticaire* : Obs. 322.

APPRÉCIATION GLOBALE DES RÉSULTATS :

1) *Résultats excellents* :

105 sur 226 malades, soit une proportion de 46 %.

2) *Très bons résultats* :

68 sur 226, soit 30 %.

3) *Bons résultats* :

30 sur 226, soit 13 %.

4) *Résultats médiocres :*

10 sur 226, soit 4,4 %.

5) *Mauvais résultats :*

13 sur 226 malades, soit 5,7 %.

- OBS. 9 : Depuis la cholécystectomie du 23-3-38 la malade a présenté plusieurs crises douloureuses dont certaines ont revêtu le type cholédocien. Un autre chirurgien est réintervenu le 19-5-1951, l'intervention a permis d'extraire un calcul cholédocien.
- OBS. 74 : Après la cholécystectomie du 24-3-44, la malade a conservé une fistule biliaire jusqu'au 26-4-44, puis un ictère accentué a fait son apparition. A l'entrée dans le service, la malade était fébrile à 40°, avec de grands frissons. Après un essai infructueux de tubage duodénal, l'intervention est décidée qui montre un rétrécissement serré du cholédoque à l'endroit où a porté la ligature du cystique.
- OBS. 92 : Malade de 37 ans opérée le 23-3-1944 pour cholécystite catarrhale à manifestations cliniques persistant depuis plusieurs années. Suites immédiates simples. Revue un an après et opérée pour fibrome utérin (hystérectomie subtotale). En Juin 1947, la malade est revue à nouveau, se plaignant de troubles digestifs et de douleurs de l'hypocondre droit survenant par crises, elle est alors envoyée à Vichy. Devant la persistance des troubles un autre chirurgien pratique une splanchnicectomie. Cette intervention semble avoir amélioré la malade, bien qu'elle ne donne que peu de détails à ce sujet.
- OBS. 134 : Après la cholécystectomie du 20-5-45, la malade a gardé une fistule biliaire persistante. Cette fistule n'entraînait pas d'autres troubles lorsque le 9-7-45, la malade a présenté une série de crises cholédociennes typiques. L'intervention du 5-10-1945 a montré un rétrécissement siégeant à la partie moyenne du cholédoque.
- OBS. 144 : La cholécystectomie du 10-9-1945 a eu de bonnes suites jusqu'en 1947, date à laquelle la malade a présenté des crises cholédociennes typiques. L'inter-

vention pratiquée le 25-4-47 a montré des adhérences sous-hépatiques serrées comprimant le cholédoque.

- OBS. 164 : La cholécystectomie du 12-4-46 a eu des suites immédiates simples, la malade quitte le service 25 jours après l'intervention. La guérison se maintient 13 mois. Puis la malade entre à nouveau dans le service pour des douleurs abdominales avec sensation de gonflement de la F.I.D., elle a maigri de 3 kgs en 2 mois. On pense à des crises d'hypertonie biliaire et un traitement médical est prescrit (dicholium, gluconate de Ca). Devant l'inefficacité de ce traitement, la malade est réopérée par un autre chirurgien le 25-9-1947. La cholédotomie permet d'extraire deux petits calculs du cholédoque inférieur, l'intervention est terminée par une suture primitive du cholédoque. Revue 3 ans après la dernière intervention, la malade se dit très améliorée.
- OBS. 182 : A la suite de la cholécystectomie du 16-4-46 dont les suites furent simples, réapparition des crises douloureuses après 8 mois de guérison apparente. La malade a été revue dans le service pour des manifestations évoquant un obstacle cholédocien, depuis elle est suivie par son médecin et présente des crises douloureuses de 8 jours avec décoloration des matières et urines foncées qui sont améliorées par de fréquents tubages et un traitement opothérapique. Cette malade n'a pu être revue personnellement, mais nous pensons qu'on doit suspecter chez elle une récurrence calculeuse et nous serions volontiers partisan d'une exploration par *biligraphin* si ses tests hépatiques le permettent.
- OBS. 197 : Les suites de la cholécystectomie pratiquée le 5-10-1946 ont été excellentes jusqu'en Janvier 1950, date à laquelle la malade a présenté des crises cholédociennes typiques. L'intervention pratiquée le 31-1-50 a montré un pédicule hépatique noyé dans une gangue fibreuse, cause vraisemblable des phénomènes observés.
- OBS. 214 : Malade de 54 ans opérée en 1947 pour une cholécystite lithiasique gangréneuse. Les suites furent simples, mise à part une petite complication pulmo-

naire bénigne. Le résultat opératoire fut bon pendant 2 mois, mais à partir de cette date réapparition de crises douloureuses à la fréquence d'une par mois avec température et frissons aux dires de la malade. Par ailleurs, amaigrissement massif de 22 kgs. Depuis quelques mois la malade est traitée médicalement en dehors du service pour des crises d'asthme et ses troubles hépatobiliaires semblent bénéficier du traitement dessensibilisant.

- Obs. 269 : Malade de 48 ans ayant subi le 15-1-1948 une cholécystectomie pour cholécystite scléro-atrophique. Les suites furent marquées par l'apparition d'une petite fistule biliaire partielle, mais persistante, malgré un excellent état général. Par la suite, la malade fut revue pour des poussées fébriles coïncidant avec la fermeture temporaire de sa fistule. La réintervention fut décidée 6 mois plus tard le 12-6-48 et montra un blocage de la région sous-hépatique enserrant le cholédoque.
- Obs. 319 : Cholécystectomie le 29-9-49, suites simples. Le 3-1-50, reçue au service de porte pour syndrome douloureux épigastrique datant de 15 jours, avec douleurs accrues depuis 12 h. : vomissements, pouls normal, température à 37°. Examen : contracture généralisée avec maximum à droite. Rx simple : R. A. S.

Intervention (D^r JAUBERT de BEAUJEU) : A. G. éther. Estomac normal, quelques adhérences, appendice sain. Adhérences inflammatoires dans le carrefour biliaire. Cholédoque dilaté (pouce), issue de bile claire à l'ouverture. Tête du pancréas un peu indurée, ggs (biopsie). On passe difficilement dans le duodénum, drain de Kehr. Passe au Pav. O le 25-1-50.

Douleurs épigastriques dans les 1^{ers} jours avec intolérance aux liquides ingérés (l'atropine calme les douleurs). Par le drainage sort une bile très foncée (bile de rétention).

3 lipiodols sont faits successivement :

- le 1^{er} montre un passage satisfaisant bien que la partie inférieure du cholédoque soit rétrécie. Grosse dilatation du cholédoque sous-duodénal;

— même impression sur les 2^e et 3^e, mais on pense qu'il s'agit plutôt d'un rétrécissement par compression pancréatique.

2 mois après l'intervention (bile devenue claire), on tente la fermeture du drain qui est mal supportée. On décide la réintervention.

Le 4-3-50. Même incision. Libération des adhérences au niveau du colon et du duodénum. Décollement rétro-pancréatique, pancréas toujours très dur, mais moins gros que la dernière fois.

Duodénotomie. L'injection de sérum par le drain montre qu'il y a un obstacle. Noyau induré au niveau du sphincter d'Oddi qui admet à peine un fin stylet. En dilatant la région on a l'impression de vaincre une zone sclérosée. L'exploration permet de retirer un fil de lin (ligature du cystique ? Fermeture du cholédoque sur Kehr ?), mais non pelotonné, et qui aurait passé si l'orifice avait été normal. On termine par une sphinctérotomie.

Suites simples, bon lipiodol, bien que le cholédoque inférieur soit un peu rétréci. Ablation du drain le 30^e jour sans histoire.

Depuis cette intervention, la malade a souffert de nouveau et déclare se trouver bien d'un traitement homéopathique.

— OBS. 432 : Concerne une femme de 44 ans opérée en 1950 de cholécystite lithiasique scléro-atrophique avec laquelle nous n'avons eu de contact que par l'intermédiaire du questionnaire et qui tout en ne se prétendant nullement améliorée par l'intervention, donne très peu de détails susceptibles de guider notre opinion à son sujet. A lire sa prose, nous avons l'impression qu'il s'agit d'une psychasthénique et que les troubles imprécis dont elle se plaint ne relèvent que de son état psychique, à moins qu'elle ne se soit imaginé (ce que nous avons constaté plusieurs fois) que nous étions des envoyés de la sécurité sociale cherchant à réviser les pensions d'invalidité !!! Quoi qu'il en soit, nous laissons à cette malade le bénéfice du doute et nous la

classerons dans la catégorie des mauvais résultats puisqu'aussi bien nous avons décidé de baser notre enquête sur l'interrogatoire des malades.

- OBS. 457 : Malade de 65 ans, opérée en 1947, les suites furent excellentes jusqu'en 1951, date à laquelle des crises de colique hépatique font leur apparition, les crises se renouvellent avec plus de fréquence et en 1953 un ictère apparaît avec quelques poussées fébriles, évoquant les poussées d'angiocholite. On peut a priori suspecter chez cette malade une lithias cholédocienne compliquée d'angiocholite et d'atteinte importante des fonctions hépatiques, comme le prouvent les différents tests de laboratoire, mais on se heurte chez elle à une incompréhension totale et elle refuse tout examen complémentaire.

B. — Malades non revus personnellement, mais pour lesquels nous possédons des renseignements de valeur suffisante pour avoir une opinion globale sur les résultats éloignés.

31 malades sur 322, soit 10 %.

- OBS. 7 : Malade opérée en 1937 à l'âge de 62 ans, décédée en 1952, soit 15 ans après l'intervention d'un ictus hémiplegique. A vécu en parfaite santé aux dires de sa famille et sans jamais suivre aucun régime.

Résultat : excellent.

- OBS. 8 : Malade de 61 ans, opérée en 1937, excellent résultat jusqu'en 1947, date à laquelle la malade est opérée dans le service : résection arthrodèse du genou pour arthrite chronique, les suites se compliquèrent d'ostéite, si bien que 5 mois plus tard on dût se résoudre à une amputation de cuisse et la malade décède peu après.

Résultat : excellent.

- OBS. 13 : Malade de 30 ans, infirmière, qui se présentait avec des crises vésiculaires frustes. C'est sur ses instances formelles qu'en 1935, il ne fut pratiquée qu'une cholécystostomie. Trois ans plus tard, en 1938,

réapparition d'accidents douloureux qui imposent la cholécystectomie. Depuis lors, aux dires du médecin traitant, les crises ne se sont pas reproduites, mais la malade se plaint de troubles digestifs variés qui semblent surtout à mettre sur le compte d'une suralimentation intempestive réalisée au sanatorium où la malade a été traitée pour une bacilliose pulmonaire.

Résultat : bon.

- OBS. 14 : Malade de 56 ans, opérée en 1939 pour un calcul enclavé du cystique. Les suites immédiates ont été simples. Mais par la suite la malade a présenté des vomissements et des crises douloureuses. Elle est décédée quelques semaines plus tard de tumeur cérébrale. Nous voyons donc que dans cette observation, à côté d'une authentique lésion des voies biliaires et dans l'ombre de celle-ci évoluait une tumeur cérébrale responsable de tout ou partie des troubles accusés et qui explique suffisamment la persistance de ceux-ci après l'intervention.

Résultat : mauvais.

- OBS. 31 : Malade de 63 ans, opéré en 1942, décédé en 1948, soit 6 ans plus tard d'un ictus apoplectique. Pendant ces 6 années, le résultat opératoire fut excellent. Sans suivre de régime, le malade avait repris son activité professionnelle, avait retrouvé son poids antérieur. Renseignements fournis par la femme du malade.

Résultat : excellent.

- OBS. 38 : Malade de 39 ans, opéré en 1942. Suites immédiates simples. Actuellement, va très bien, mène une vie très active. Renseignements fournis par sa famille directe.

Résultat : excellent.

- OBS. 42 : Malade de 33 ans, opérée en 1942, décédée de tuberculose pulmonaire 6 ans après l'intervention, allait bien au point de vue digestif, accusait simplement des troubles en rapport avec la suralimentation.

Résultat : bon.

- OBS. 43 : Malade de 65 ans, opérée en 1942. Très bon état digestif, ne conservait qu'une légère augmentation

de volume du foie qui est resté un peu douloureux. A été ensuite confiée au Pr. CIBERT pour cystite avec pyurie. Renseignements communiqués par le médecin traitant.

Résultat : très bon.

- OBS. 52 : Malade de 71 ans, opérée en 1943. Admise en 1945 dans un hospice de vieillards où elle est décédée en 1949 des suites d'une affection vasculaire cérébrale. Allait bien au point digestif jusqu'à sa mort.

Résultat : très bon.

- OBS. 58 : Homme de 33 ans, opéré en 1943. A quitté Lyon en 1946, va très bien actuellement et mène une vie très active. Renseignements fournis par ses anciens voisins qui l'ont revu récemment.

Résultat : excellent.

- OBS. 63 : Malade de 67 ans, opérée en 1943. Décédée de mort subite le 24-1-1950. Pendant les 7 années qui ont suivi l'intervention a joui d'une excellente santé malgré son âge. Renseignements fournis par ses enfants.

Résultat : excellent.

- OBS. 79 : Malade de 66 ans, opérée en 1944. Suites marquées par une complication pulmonaire bénigne. Décédée en 1948 des suites d'une néphrectomie pour tuberculose rénale. Avait gardé depuis l'intervention biliaire quelques petits troubles digestifs à type de douleurs épigastriques post-prandiales qui l'obligeaient à suivre un régime alimentaire. Renseignements fournis par les enfants de la malade.

Résultat : bon.

- OBS. 109 : Malade de 70 ans, opérée en 1945, décédée en 1948 à la suite d'un ictus hémiplegique. Allait bien, avait repris du poids et ne présentait pas de troubles digestifs. Renseignements fournis par des amis voisins de palier.

Résultat : très bon.

- OBS. 133 : Malade de 61 ans, opérée en 1945 pour cholécystite lithiasique, bien que sujette à des crises d'angine de poitrine. Les suites opératoires furent simples et les résultats sur les troubles digestifs excellents. La

malade est décédée 6 mois après l'intervention d'un infarctus du myocarde. Renseignements fournis par la famille.

Résultat : excellent.

- OBS. 139 : Malade de 27 ans, opérée en 1945. Revue depuis par son médecin traitant pour de petits troubles dyspeptiques (Digestions lentes, ballonnement post-prandial).

Résultat : bon.

- OBS. 141 : Malade de 31 ans, opéré en 1945, revu avec un excellent résultat en ce qui concerne les troubles antérieurement accusés, mais présente depuis 1946 un ulcère duodénal traité médicalement. Renseignements fournis par le médecin traitant.

Résultat : très bon.

- OBS. 190 : Malade de 23 ans, opérée en 1946. Va bien. A fait une cure à Vichy en 1946. Présente de petites « indigestions », mais examen négatif. Retourne régulièrement à Vichy. Renseignements fournis par le médecin traitant.

Résultat : très bon.

- OBS. 196 : Malade de 65 ans, opérée en 1946. Résultat excellent depuis, traitée depuis 1950 pour poussées de pyélonéphrite. Renseignements fournis par le médecin traitant.

Résultat : très bon.

- OBS. 199 : Malade de 54 ans, opérée en 1946. Décédée en 1950 à la suite d'un accident vasculaire cérébral. Depuis son intervention elle présentait quelques troubles digestifs peu caractérisés, en fait les céphalées et les vertiges qu'elle présentait étaient surtout le fait d'une grave hypertension artérielle, cause de l'ictus cérébral.

Résultat : bon.

- OBS. 204 : Malade de 41 ans, opéré en 1947 pour un phlegmon périvésiculaire. Suites immédiates simples. La famille nous signale que ce malade qui a changé de résidence va actuellement très bien et mène sans effort une vie active.

Résultat : excellent.

- OBS. 205 : Malade de 46 ans, opérée en 1947. Suites immédiates simples. Entièrement guérie depuis l'intervention. Revue en 1952 pour des accidents colitiques (Sigmöidite).

Résultat : excellent.

- OBS. 223 : Malade de 56 ans, opéré en 1947. Suites immédiates simples. Revu 18 mois plus tard pour un néoplasme gastrique à forme intestinale (Trichomonas dans les selles). Gastro-entéro-anastomose le 10-9-1948. Exitus le 28-10-1948. Il est difficile de se faire une opinion précise sur les résultats de l'intervention biliaire, mais d'après le témoignage de la femme du malade, celui-ci ne présentait aucun troubles digestifs avec l'apparition des signes de sténose du pylore.

Résultat : bon.

- OBS. 231 : Malade de 61 ans, opérée en 1947. Suivie depuis par son médecin traitant qui la considère comme entièrement guérie.

Résultat : excellent.

- OBS. 235 : Malade de 40 ans, opéré en 1947. Revu tout récemment par son médecin traitant qui estime le résultat opératoire excellent. Ce malade a une vie très active et même pénible, il ne présente absolument aucun trouble.

Résultat : excellent.

- OBS. 229 : Malade de 80 ans opérée en 1948. Les suites immédiates ont été très simples. La malade est revue pour une fistule apparue récemment. Comme il s'agissait d'une fistule biliaire, un lipiodol a été pratiqué qui a montré une perméabilité normale des voies biliaires, il n'existait en particulier pas de lithias cholédocienne. Nous avons appris par ailleurs que la malade était décédée en 1950 sans avoir d'autres détails. Faute de plus de renseignements, nous classerons cette malade dans les mauvais résultats.

Résultat : mauvais.

- OBS. 313 : Malade de 70 ans, opérée en 1949 (21 mai), suites simples, de sorte que l'on n'hésite pas à intervenir à nouveau 3 semaines plus tard (Hémi-thyroïdectomie

gauche pour un volumineux hématocele). Pendant un an état excellent avec reprise pondérale, disparition complète des douleurs. Un an plus tard (21-7-1950) cœcostomie d'urgence pratiquée pour occlusion du gros intestin. Exitus 2 jours après le 23-7-1950.

Résultat : bon.

- OBS. 342 : Malade de 65 ans, opérée le 18-3-1948, ayant quitté le service dans des délais normaux après des suites simples. La famille nous apprend qu'elle est décédée le 27 août 1948, soit 5 mois après l'intervention sans nous donner plus de détails. Nous savons simplement que cette malade qui présentait avant son intervention des signes d'insuffisance hépatique est décédée cachectique.

Résultat : mauvais.

- OBS. 348 : Malade de 24 ans, opérée en 1948. Revue par son médecin traitant. Excellent résultat du point de vue hépato-vésiculaire, mais présente des douleurs lombaires en relation avec une pyélonéphrite colibacillaire.

Résultat : excellent.

- OBS. 355 : Malade de 59 ans, opérée en Octobre 1948, a eu des suites simples, allait parfaitement bien au point de vue digestif. Décédée en Décembre 1948 d'une affection pulmonaire aiguë.

Résultat : très bon.

- OBS. 357 : Malade de 45 ans, opéré en 1948. Résultat excellent. Ce malade obèse, gros mangeur et gros buveur, avait repris une vie absolument normale, sans suivre aucun régime et ne présentait pas le moindre trouble digestif. Décédé d'une tumeur cérébrale ayant donné très rapidement des signes d'hypertension intracranienne en 1953.

Résultat : excellent.

- OBS. 376 : Malade de 35 ans, opérée en 1949. Bon résultat dans l'ensemble, mais se plaint de migraines, de lipothymies et de quelques douleurs de l'hypocondre droit. L'examen est entièrement négatif. Il s'agit d'une malade très nerveuse et le repos prescrit semble l'avoir amélioré et a favorisé sa reprise pondérale.

Résultat : bon.

Parmi les malades sur lesquels nous ne possédons que des renseignements de seconde main, nous relevons les affections suivantes, en dehors de la lithiase, et qui se sont révélées après la cholécystectomie :

1) *Affections vasculaires :*

— Ictus apoplectique : Obs. 7, 31, 52, 109, 199.

— Infarctus du myocarde : Obs. 133.

2) *Affections pulmonaires :*

— Tuberculose pulmonaire : Obs. 42.

— Reprise évolutive d'une tuberculose pulmonaire ancienne : Obs. 13.

3) *Hématocèle thyroïdienne opérée :* Obs. 313.

4) *Tumeurs cérébrales avec hypertension intra-cranienne :* Obs. 14-357.

5) *Affections rénales :*

— Pyélonéphrite colibacillaire : Obs. 43, 196, 348.

— Tuberculose rénale : Obs. 79.

6) *Affections digestives :*

— Sigmoidite : Obs. 205.

— Occlusion du gros intestin d'origine néoplasique : Obs. 313.

— Ulcère du duodénum traité médicalement : Obs. 141.

— Cancer pylorique : Obs. 223.

Chapitre VI

COMMENTAIRES

Dans notre première série d'observations concernant 322 malades ayant subi une cholécystectomie pour cholécystite lithiasique, nous avons pu suivre 276 d'entre eux, soit une proportion de 85,7 %.

- 118 malades (sur 276) ont eu un résultat éloigné excellent, soit 42,7 %.
- 75 un très bon résultat, soit 27,1 %.
- 37 un bon résultat, soit 13,4 %.
- 10 un résultat médiocre, soit 3,6 %.
- 16 un mauvais résultat, soit 5,7 %.
- 19 malades (sur 322) sont décédés dans les suites immédiates de l'intervention, soit une proportion de 5,9 %.

Tels sont les chiffres globaux de notre statistique. Si nous essayons de les adapter à différentes catégories de malades, nous pouvons faire les remarques suivantes :

I. — En ce qui concerne le *sexe* des malades, les résultats éloignés ont des qualités sensiblement comparables dans les deux sexes, alors que la mortalité opératoire est beaucoup plus forte chez les hommes (13,3 %) que chez les femmes (4,7 %).

II. — Nous n'avons pas l'impression que l'*âge* des malades ait une quelconque influence sur la qualité du résultat éloigné de la cholécystectomie. La proportion des bons et mauvais résultats est sensiblement la même aux différents âges. Seule, semble-t-il, les mauvais résultats ayant le plus souvent entraîné une réintervention sont plus fréquents à mesure que l'âge des malades augmente :

- Au-dessous de 30 ans, nous ne relevons aucun de ces mauvais résultats.
- Entre 30 et 45 ans, nous en trouvons 4,8 %.
- Entre 45 et 60 ans, nous en avons relevé 7 %.
- Au delà de 60 ans, 12 %.

III. — Plus importante semble à considérer l'influence de *l'ancienneté des antécédents hépato-vésiculaires* sur la qualité du résultat définitif, du moins cela serait, semble-t-il, logique. Mais si 60,7 % des malades opérés sur les premiers signes de l'affection lithiasique (en général cholécystite aiguë) ont eu un résultat éloigné excellent contre 50 % chez les malades présentant des antécédents remontant à plus de 10 ans, les proportions s'égalisent dans les catégories des très bons résultats où 28,5 % des malades ont des antécédents de plus de 10 ans et 28,6 % aucun antécédent.

Puis la proportion s'inverse à mesure que la qualité du résultat diminue :

- 9,5 % des malades ont plus de 10 ans d'ancienneté de troubles contre 3,5 % sans antécédents dans la catégorie des bons résultats.
- 2,3 % (plus de 10 ans) contre 0 (sans antécédents) dans les résultats médiocres.
- Dans le groupe des mauvais résultats, nous relevons 9,5 % des malades dont les antécédents remontent à plus de 10 ans contre 7,1 % de malades sans antécédents.

D'une façon générale, nous avons pu constater que la précocité du geste opératoire est le plus souvent un élément favorable en ce qui concerne le résultat éloigné de l'intervention, sans toutefois que la netteté de cette constatation ne constitue un argument décisif en faveur de l'intervention précoce sur un minimum de signes.

Il reste certainement une place importante pour le traitement médical de la lithiase vésiculaire, son rôle adjuvant dans les suites opératoires est du reste certain.

22 de nos malades enfin ont fait ou font régulièrement des cures thermales à Vichy et s'en trouvent le plus souvent fort bien.

Nous trouvons parmi ces 22 malades :

- 3 résultats excellents.
- 8 très bons résultats.
- 7 bons résultats.
- 1 résultat médiocre.
- 3 mauvais résultats.

IV. — Envisagés sous *l'angle des formes cliniques rencontrées*, les résultats de la cholécystectomie pour lithiasie offrent une égale proportion dans la qualité de la guérison, selon qu'il s'agit de formes typiques ou atypiques. Seule la mortalité opératoire diffère dans les 2 cas : 4,9 % de décès dans les formes typiques, contre 14,8 % dans les formes atypiques.

DEUXIEME PARTIE

LES CHOLECYSTECTOMIES POUR CHOLECYSTITE NON LITHIASIQUE

Nous avons recueilli 43 observations de cholécystites non calculeuses ayant subi une cholécystectomie. Ce chiffre représente 12 % sur le total des 365 cholécystectomies étudiées dans notre statistique.

Notre plan d'étude sera directement calqué sur celui des cholécystites calculeuses, ce qui nous dispensera de commentaires superflus.

Chapitre I

ETUDE DES MANIFESTATIONS CLINIQUES RENCONTREES

I. — Ancienneté des troubles.

- 1) *Troubles remontant à plus de 10 ans :*
8 malades sur 43, soit une proportion de 18,5 %.
- 2) *Troubles dont l'ancienneté remonte entre 10 et 5 ans :*
11 malades sur 43, soit 25,5 %.
- 3) *Antécédents remontant à moins de 5 ans :*
19 malades sur 43, soit 44,2 %.
- 4) *Malades sans antécédents éloignés :*
5 malades sur 43, soit 11,6 %.

II. — Allure clinique des manifestations.

- 1) *Manifestations aiguës primitives ayant conduit au geste opératoire :*
5 malades sur 43, soit 11,6 %.
- 2) *Manifestations aiguës secondaires à des épisodes chroniques :*
12 malades sur 43, soit 25,5 %.
- 3) *Manifestations essentiellement chroniques :*
26 malades sur 43, soit 60,5 %.

III. — Tableaux cliniques rencontrés.

A) MANIFESTATIONS TYPIQUES.

Elles groupent 31 cas qui se répartissent de la façon suivante et représentent 72 % des cholécystectomies pour affection non lithiasique :

- 1) *Crises vésiculaires :*
17 cas, soit une proportion de 40 %.
- 2) *Tableau de cholécystite aiguë :*
14 cas, soit une proportion de 32 %.
Parmi ceux-ci nous avons rencontré une perforation vésiculaire (Obs. 36).

B) MANIFESTATIONS ATYPIQUES.

Représentent une proportion de 25,5 %, soit 12 malades.

Nous avons rencontré :

- 1) *Des manifestations douloureuses :* 3 malades.
— Syndrome douloureux épigastrique (Obs. 95-194).
— Tableau de sténose du pylore (Obs. 222).
- 2) *Des crises à allure vésiculaire avec signes aberrants :*
5 malades.
— 3 présentaient une température élevée.
— Un malade était ictérique.
— Un malade présentait un ictère fébrile.
- 3) *Troubles vagues dyspeptiques :*
— 4 malades sur 43, soit 11 %.

IV. — Antécédents des malades.

- 1) Un cas de syphilis traitée (Obs. 218).
- 2) *Interventions chirurgicales diverses* :
 - Appendicectomie (Obs. 68-221).
 - Hernie ombilicale (Obs. 219).
 - Rétroversion et kyste de l'ovaire (Obs. 221).
 - Castration totale à 31 ans (Obs. 423).
 - Salpingectomie (Obs. 58).
- 3) *Antécédents digestifs* :
 - Douleurs gastriques mal étiquetées depuis 1939 (Obs. 222).
 - Malade opéré pour tumeur bénigne de l'estomac, au cours de l'intervention on aurait découvert des lésions de la paroi vésiculaire (Obs. 174).
- 4) *Incidences de la grossesse* :
 - Malade enceinte de 3 mois au moment de l'intervention biliaire (Obs. 418).
 - Début des crises en 1932 après un accouchement (Obs. 126).
- 5) *Malade traité pour lithiase rénale* (Obs. 222).

V. — Etat des malades avant l'intervention.

Nous avons noté :

- 6 malades amaigris.
- 5 malades fébriles.
- Un malade ictérique présentant des signes cliniques manifestes d'insuffisance hépatique.
- 2 obèses.
- Un asthmatique.
- 2 hypertendus avec signes de décompensation cardiaque :
 - Obs. : 36 : malade ayant présenté en 1942 une hémiplégie.
 - Obs. 59.

Chapitre II

TECHNIQUE OPERATOIRE

Nous n'avons rien à dire de particulier sur la technique opératoire qui s'inspire des mêmes principes que celle de la chirurgie de la lithiase, les difficultés opératoires sont les mêmes, obligeant parfois à des cholécystectomies rétrogrades.

Chapitre III

CONSTATATIONS ANATOMIQUES ET OPERATOIRES

I. — En ce qui concerne la vésicule.

- 1) *Cholécystite catarrhale* :
23 cas sur 43, soit 53,5 %.
- 2) *Vésicule scléro-atrophique pleine de pus* :
1 cas.
- 3) *Vésicule aubergine pleine de pus* (Empyème subaigu) :
2 observations.
- 4) *Phlegmon de la paroi vésiculaire* :
2 cas. Dans ces 2 observations, il s'agissait d'une perforation de vésicule sphacélée.
- 5) *Vésicule scléro-atrophique* :
5 cas sur 43, soit 11,6 %.

- 6) *Vésicule grosse, exclue, distendue, à parois épaisses contenant du mucopus et une bile faiblement septique :*
9 cas sur 43, soit 21 %.
- 7) *Vésicule à paroi saine mais présentant une coudure du cystique :*
1 observation.

II. — Lésions associées des organes de voisinage.

- 1) *Adhérences vésiculaires :*
- a) *Adhérences épiploïques :* 20 cas sur 43, soit 46 %.
 - b) *Vésicule adhérente au colon transverse :*
1 observation.
 - c) *Vésicule adhérente au duodénum :* 2 observations.
 - d) *Vésicule adhérente à la fois au colon et au duodénum :* 3 observations.
- 2) *Retentissement sur la voie biliaire principale :*
Cholédoque dilaté : 2 observations.
- 3) *Par ailleurs nous devons signaler :*
- a) *Lésions du pédicule hépatique :*
 - Pédicule hépatique épaissi et infiltré réalisant un blocage sous-hépatique : 6 cas.
(Obs. 17, 68, 90, 177, 194, 419).
 - Pédicule épaissi avec gros ganglions : 1 cas
(Obs. 61).
 - b) *Suppuration sous-hépatique :* 1 cas (Obs. 372).
 - c) *Estomac très distendu, mais à parois normales, ainsi que le duodénum :* 1 cas (Obs. 17).
 - d) *Epanchement de bile dans le grand ventre :*
Une observation (36).

III. — Incidents opératoires.

- Obs. 36 : Une pince à demeure est laissée sur le pédicule cystique en raison des difficultés d'hémostase.
- Obs. 145 : Blessure méconnue à l'intervention de la branche droite de l'hépatique.
- Obs. 176 : Blessure de la branche droite de la veine porte, obligeant à laisser une pince à demeure.

Chapitre IV

SUITES OPERATOIRES IMMEDIATES

I. — Excellentes sans incidents.

30 malades sur 43, soit une proportion de 70 %.

II. — Complications générales sans rapport avec l'affection hépato-vésiculaire.

5 cas sur 43, soit 11,6 %.

a) *Complications veineuses :*

- OBS. 127 : Petit infarctus pulmonaire.
- OBS. 245 : Phlébite du membre inférieur droit.

b) *Complications pleuro-pulmonaires :*

- OBS. 327 : Apparition d'une température oscillante pendant quelques jours puis biliaire pulmonaire tuberculeuse.
- OBS. 419 : Pleurésie purulente ayant nécessité une pleurotomie au 35^e jour le 22-3-1950.

c) *Complications diverses :*

- OBS. 221 : Métrorragies ayant nécessité un curetage utérin le 17-9-47.

III. — Complications locales minimales.

2 observations sur 43, soit 4,6 %.

- OBS. 222 : Sphacèle et désunion complète de la paroi ayant nécessité une mise à plat et une suture secondaire.
- OBS. 420 : Cicatrice très longue à se fermer.

IV. — Décès post-opératoires.

3 cas sur 43, soit 7 %.

- OBS. 36 : Choc opératoire. Exitus au bout de 24 heures.

Il s'agissait d'un malade de 62 ans, hypertendu, ayant déjà présenté en 1942, soit 4 mois avant l'intervention, un ictus avec hémiplégie. L'indication avait été posée par le service de médecine où ce malade était hospitalisé en raison des signes locaux et généraux importants.

— OBS. 59 : Exitus au bout de 24 heures.

Malade de 69 ans, hypertendue, avec un très mauvais état général.

— OBS. 177 : Ballonnement abdominal. Décès au 5^e jour.

Malade de 44 ans aux antécédents hépato-biliaires très éloignés, les épreuves de laboratoire témoignent d'une atteinte hépatique sévère. Les lésions anatomiques importantes (Pédicule hépatique infiltré, fistule cholécystoduodénale) ont rendu l'intervention longue et pénible.

V. — Complications d'ordre hépato-vésiculaires.

4 malades sur 43, soit 9 %.

— OBS. 145 : Ecoulement abondant de bile par la plaie opératoire. Anorexie totale, amaigrissement rapide, température qui tombe à 38 par aspiration continue et réhydratation.

— OBS. 176 : Bon état général malgré une température oscillante entre 38° et 39°5. Flux biliaire par la fistule.

— OBS. 221 : Température à 39°, fistule biliaire pendant un mois.

— OBS. 372 : Fistule biliaire abondante.

Parmi ces 4 observations, une seule a fait l'objet d'une réintervention :

— OBS. 145 : 20 jours après la cholécystectomie, reconstitution sur drain de Kehr de la blessure de la branche droite de l'hépatique.

Chapitre V

LES RESULTATS ELOIGNES

Sur les 43 malades opérés de cholécystectomie pour cholécystite non lithiasique :

- 3 sont décédés dans les suites opératoires immédiates, soit une proportion de 7 %.
- 9 ont répondu personnellement au questionnaire qui leur avait été adressé, soit 21 %.
- 17 ont été revus, soit 39,5 %.
- 8 ont été complètement perdus de vue, soit 18,5 %.
- Nous avons pu avoir des nouvelles très précises de 3 malades décédés longtemps après l'intervention, la famille ayant répondu au questionnaire (7 %).
- Le médecin traitant a pu dans 3 cas (7 %), nous donner des nouvelles utilisables pour l'enquête, de malades n'ayant pas répondu au questionnaire.

A. — Malades revus ou ayant répondu de façon satisfaisante au questionnaire.

26 malades sur 43, soit une proportion de 60,4 %.

1^{re} question. Les troubles qui vous ont amené à ma consultation et que vous présentiez avant l'opération ont-ils complètement disparus ?

Réponse : OUI.

18 malades sur 26 complètement suivis, soit 69 %.

2^e question. Avez-vous depuis l'opération présenté de la jaunisse ?

1) Réponse : NON.

25 malades sur 26, soit 96 %.

2) *Malades ayant présenté de l'ictère :*

1 sur 26, soit 4 %.

— OBS. 420 : Malade ayant présenté un ictère de type émotif il y a 6 mois, en Février 1951.

3^e **question.** Avez-vous eu de nouvelles crises douloureuses ? Pouvez-vous en préciser la date, la durée ? Voulez-vous en décrire les caractères en quelques mots.

1) *Réponse : NON.*

19 malades sur 26 soit 73 %.

2) *Malades ayant présenté de nouvelles crises douloureuses depuis l'intervention :*

8 malades sur 26 soit 31 %.

Dans l'ensemble, il ne s'agit là que de manifestations sans gravité et sans conséquences importantes sur le genre de vie des malades. En voici le détail :

— OBS. 126 : Petite crise douloureuse en Mars 1951.

— OBS. 194 : Persistance d'un endolorissement permanent de la région sous-hépatique tel qu'il était avant l'intervention aux dires du malade (très nerveux).

— OBS. 220 : Crises douloureuses (moins violentes) à chaque écart de régime, tous les 3 ou 4 mois.

— OBS. 245 : Douleurs sous-hépatiques à irradiation lombaire, améliorées mais persistantes, sans déterminisme alimentaire.

— OBS. 324 : Crise douloureuse à chaque écart de régime.

— OBS. 420 : Crises douloureuses moins fortes que les précédentes à irradiation dorsale et scapulaire à la suite de contrariétés.

— OBS. 422 : Une crise de 2 ou 3 jours en Janvier 1951.

4^e **question.** Digérez-vous bien ? Sinon quels troubles digestifs présentez-vous ?

1) *Réponse : OUI.*

15 malades sur 26 : soit 57,6 %.

2) *Malades présentant des troubles digestifs :*

11 malades soit 43,4 %.

Parmi ces troubles, nous relevons :

- Des digestions lentes : 6 fois.
- 3 malades se plaignant de ballonnement post-prandial.
- 2 malades accusant de temps en temps des vomissements bilieux, surtout le matin à jeun.
- Dans 1 cas de simples éructations.
- Une autre fois des baillements fréquents après les repas.
- Un syndrome douloureux épigastrique post-prandial accompagné de migraines fréquentes.
- Fréquence des épisodes diarrhéiques suivis de douleurs sur le cadre colique.

5^e question. Suivez-vous un régime alimentaire ? Sinon en avez-vous suivi un, lequel et pendant combien de temps ?

- 1) *Malades n'ayant jamais suivi de régime :*
18 malades sur 26, soit 69 %.
- 2) *Malades suivant en principe un régime, mais reconnaissant volontiers qu'ils y font de fréquentes entorses :*
3 malades sur 26, soit 11,5 %.
- 3) *Malades ayant donné l'impression de suivre correctement leur régime :*
5 malades sur 26, soit 19 %.

6^e question. Etes-vous constipé ?

- 1) *Réponse : NON.*
18 malades sur 26, soit 69 %.
- 2) *Malades constipés de façon épisodique ou suivant un traitement pour la constipation :*
3 malades sur 26, soit 11,5 %.
- 3) *Malades constipés habituels :*
5 malades sur 26, soit 19 %.

7^e question. Avez-vous repris du poids depuis l'opération ? Combien de kilos ?

- 1) Malades ayant repris du poids :
19 malades sur 26, soit 73 %.
 - a) ENTRE 2 ET 5 KGS Y COMPRIS :
9 malades sur 26, soit 34,6 %.
 - b) ENTRE 6 ET 10 KGS Y COMPRIS :
7 malades sur 26, soit 26,9 %.
 - c) 11 KGS ET AU-DESSUS :
3 malades sur 26, soit 11,5 %.
- 2) *Malades ayant retrouvé leur poids antérieur à l'opération :*
6 malades sur 26, soit 23 %.
- 3) *Malades ayant maigri :*
A reperdu au bout de 6 à 8 mois les 4 kgs pris après l'intervention (Obs. 194).

8° question. Depuis l'intervention, avez-vous été soigné pour une autre maladie ? Laquelle ?

A cet égard, nous relevons :

- Un zona ophtalmique : Obs. 95.
- Une appendicectomie en 1946 : Obs. 128.
- Une pleurésie purulente traitée dans un autre service : Obs. 176.
- Un malade présentant des troubles urinaires par hypertrophie prostatique : Obs. 194.
- Deux cures d'éventration : Obs. 220-372.
- Une hypertension artérielle avec troubles fonctionnels importants : Obs. 245.
- Un malade traité pour des troubles gastriques d'ordre dyspeptique : Obs. 420.

APPRÉCIATION GLOBALE DES RÉSULTATS :

- 1) *Résultats excellents :*
13 malades sur 26, soit 50 %.
- 2) *Très bons résultats :*
5 malades sur 26, soit 19 %.
- 3) *Bons résultats :*
4 malades sur 26, soit 15 %.

4) *Résultats médiocres :*

3 malades sur 26, soit 11,5 %.

5) *Mauvais résultat :*

1 malade sur 26, soit 4 %.

- OBS. 145 : Il s'agit d'une malade de 46 ans opérée pour une cholécystite aiguë non lithiasique. L'intervention pratiquée le 25-4-1945, se heurta à quelques difficultés du fait des adhérences vésiculaires. Les suites opératoires furent marquées par l'apparition précoce d'une fistule biliaire abondante par la plaie opératoire avec un amaigrissement rapide malgré tous les moyens mis en œuvre. La réintervention fut décidée et le 16-5-1945, soit 21 jours après la première intervention, il fut possible de découvrir une blessure de la branche droite de l'hépatique passée inaperçue lors de la première intervention. La voie principale fut reconstituée sur drain de Kehr et les suites furent simples, mise à part une minuscule fistule biliaire qui mit 2 mois à disparaître complètement. Actuellement, la malade va très bien.

B. — Malades non revus personnellement, mais pour lesquels nous possédons des renseignements suffisants pour avoir une opinion globale sur les résultats éloignés.

6 malades sur 43, soit 14 %.

- OBS. 2 : Malade de 64 ans opérée en 1936, décédée en 1953 d'insuffisance cardiaque. Jouissait d'une parfaite santé pendant les 17 ans qui ont suivi son intervention. Renseignements fournis par la famille.

Résultat : excellent.

- OBS. 61 : Malade de 36 ans opérée en 1943, revue à plusieurs reprises par son médecin traitant pour des troubles digestifs vagues, malade très nerveuse, examen clinique négatif, a repris 14 kgs.

Résultat : médiocre.

- OBS. 218 : Malade de 25 ans opérée en 1947, suivie depuis régulièrement par son médecin qui nous en a

donné d'excellentes nouvelles. A eu depuis plusieurs grossesses bien supportées.

Résultat : excellent.

- OBS. 219 : Malade de 59 ans opérée en 1944, décédée en 1948 à la suite d'une intervention pour occlusion aiguë du gros intestin dans un autre service. La famille interrogée affirme que pendant 4 ans, la malade se portait à merveille ne suivant aucun régime et ayant repris du poids.

Résultat : excellent.

- OBS. 222 : Malade de 67 ans opérée pour un syndrome douloureux épigastrique aigu en 1947, décédée 13 mois plus tard après plusieurs hématomèses et mélénas. Malgré la négativité de l'exploration chirurgicale lors de l'intervention de 1947, nous sommes fondés à penser qu'il existait une lésion organique digestive (peut-être hépatique) qui explique l'évolution post-opératoire.

Résultat : mauvais.

- OBS. 339 : Malade de 31 ans opérée en 1948. Résultat excellent en tous points, vie active de mère de famille. Renseignements fournis par son médecin traitant.

Résultat : excellent.

Parmi les affections autres que hépatovésiculaires survenues chez ces 6 malades pour lesquels nous n'avons que des renseignements de seconde main, nous devons signaler :

- Une insuffisance cardiaque grave : Obs. 2.
- Occlusion aiguë du gros intestin : Obs. 219.
- Hémorragies digestives graves sans cause apparente et ayant entraîné la mort : Obs. 222.

Chapitre VI

COMMENTAIRES

Le groupe des cholécystectomies pour cholécystite non lithiasique comporte 43 malades dont 35 seulement ont pu être suivis complètement, soit une proportion de 81,4 %.

- 17 ont eu un résultat éloigné excellent, soit 48,5 %.
- 5 ont eu un très bon résultat, soit 14,3 %.
- 4 un bon résultat, soit 11,4 %.
- 4 un résultat médiocre, soit 11,4 %.
- Nous relevons 2 résultats mauvais, soit 5,7 %.
- 3 malades sont décédés dans les suites opératoires immédiates, soit une proportion de 5,7 %.

I. — Comme nous l'avons observé dans les cholécystectomies pour lithiasie, les résultats éloignés sont constamment meilleurs chez les femmes que chez les hommes. Nous trouvons en effet : 42,8 % d'hommes contre 56 % de femmes dans la catégorie des excellents résultats.

Les proportions s'égalisent pour les résultats très bons (14,3 % d'hommes contre 14,2 % de femmes).

Puis les proportions s'inversent ensuite :

- Résultats bons : Hommes : 13,3 % - Femmes : 10,7 %.
- Résultats médiocres : Hommes : 0 - Femmes : 14,7 %.
- Mauvais résultats : Hommes : 14,3 % - Femmes : 3,5 %.

II. — L'âge marque son empreinte de la façon suivante :

Age des malades	Résultat excellent	Très bon résultat	Bon résultat	Résultat médiocre	Mauvais résultat
— 30	100 %				
30-45	50 %	20 %	10 %	20 %	
45-60	53,9 %	7,6 %	15,4 %	15,4 %	7,6 %
+ 60	42,8 %	28,5 %	14,2 %		14,2 %

Plus l'âge augmente, plus la proportion de bons résultats diminue et plus celle des mauvais résultats s'accroît.

III. — L'ancienneté des symptômes a également une influence assez nette sur la qualité des résultats éloignés qui peut se lire sur le tableau suivant :

Ancienneté des troubles	Résultat excellent	Très bon résultat	Bon résultat	Résultat médiocre	Mauvais résultat
+ 10 ans	42,8 %	14,2 %	28,5 %		14,2 %
entre 10 et 5 ans	55,5 %	22,2 %	11,1 %		11,1 %
moins de 5 ans	53,9 %	7,6 %	7,6 %	30,7 %	
malades sans antécédents	100 %				

Il résulte de ce tableau que plus l'intervention est proche des premiers symptômes, meilleur sera le résultat indépendamment de l'âge des malades, les mauvais résultats n'étant observés que chez des malades présentant des troubles évoluant depuis au moins 5 ans.

Enfin 3 de nos malades ont tiré bénéfice d'une cure à Vichy. Parmi ceux-ci :

- 2 résultats bons.
- 1 résultat médiocre.

IV. — D'une façon générale, les résultats éloignés sont meilleurs dans des formes typiques de même que la mortalité post-opératoire y est moins élevée, comme nous le montre le tableau ci-dessous :

	Excellents résultats	Très bons résultats	Bons résultats	Résultats médiocres	Mauvais résultats	Décès-post- opératoires
Formes typiques	52 %	16 %	8 %	12 %	4 %	8 %
Formes atypiques	33,3 %	8,3 %	16,6 %	8,3 %	8,3 %	16,6 %

TROISIEME PARTIE

LES DRAINAGES POUR AFFECTION LITHIASIQUE

Comme nous l'avons déjà dit dans notre chapitre de statistique générale, les drainages effectués pour affection lithiasique comportent un lot de 91 malades qui se répartissent de la façon suivante :

I. — Dérivations externes : 84,

Soit :

- 1) Drainages externes par drain de Kehr : 83.
- 2) Drainage externe transcystique après cholécystectomie contemporaine : 2 cas.

II. — Dérivations internes réalisées par cholédocoduodénostomie : 6 cas.

Nous les étudierons successivement.

I

Drainages externes du cholédoque par drain de Kehr

Parmi les 83 malades qui ont subi une cholédocotomie suivie de drainage externe par drain de Kehr, nous relevons :

- 27 cas de lithiase vésiculaire et cholédocienne.
- 10 cas de lithiase cholédocienne autonome.
- 5 cas de lithiase cholédocienne après cholécystectomie pour lithiase vésiculaire.
- 35 cas de lithiase vésiculaire simple où l'exploration, puis le drainage du cholédoque ont été pratiqués comme complément de la cholécystectomie contemporaine en raison des données cliniques et des constatations anatomiques particulières.
- 6 cas où le drainage a été nécessaire après une cholécystectomie antérieure; mais ces observations ont été classées à part, car il n'a pas été trouvé de calcul du cholédoque au cours de cette 2^e intervention.

Chapitre I

ETUDE DES MANIFESTATIONS CLINIQUES RENCONTREES

A. — Ancienneté des troubles.

En classant les malades selon l'ancienneté de leurs antécédents, nous constatons :

- 1) Que 25 malades sur 83, soit 30 %, ont vu leurs troubles remonter à plus de 10 ans avant l'intervention.
- 2) Que 13 sur 83, soit 15 %, ont des antécédents qui remontent entre 10 et 5 ans avant l'intervention.
- 3) 37 sur 83, soit 45 %, ont présenté des symptômes moins de 5 ans avant l'opération.
- 4) 8 sur 83, soit 10 %, n'ont pas d'antécédents éloignés. L'intervention a été pratiquée chez eux pour les premières manifestations de la maladie.

B. — Allure clinique des manifestations.

L'allure clinique tenant au mode d'évolution des symptômes, indépendamment de la nature de ceux-ci, permet de distinguer :

- 1) *Des manifestations aiguës primitives :*
12 cas sur 83, soit 15 %.
- 2) *Des manifestations aiguës, secondaires à une période où la maladie se traduisait par des symptômes de type chronique :*
39 cas sur 83, soit 46 %.
- 3) Des manifestations d'allure essentiellement chronique :
32 cas sur 83, soit 39 %.

C. — Tableaux cliniques rencontrés.

Notre classification sera avant tout clinique, basée sur les données de l'examen préopératoire telles que nous les avons trouvées dans les cahiers d'observations. Nous pourrions ainsi montrer les difficultés de diagnostic qui s'attachent à certaines formes trompeuses. Nous distinguerons, là aussi, des formes typiques où l'examen clinique seul permet de reconnaître la lithiase cholédocienne ou du moins de la suspecter fortement, et des formes atypiques où, soit l'adjonction d'un symptôme anormal, soit un tableau clinique évocateur d'une autre affection sont autant de causes d'erreurs pour le diagnostic.

1) MANIFESTATIONS TYPIQUES.

Parmi les manifestations typiques, nous avons rencontré :

- a) 21 crises douloureuses à allure nettement vésiculaire, soit 26 %.

Il s'agissait :

- 10 fois d'une lithiase vésiculaire et cholédocienne.
- 9 fois d'une lithiase vésiculaire pure.
- 2 fois d'une lithiase cholédocienne pure.

- b) 6 tableaux de cholécystite aiguë, soit 6 %.

Soit :

- 2 cas de lithiase vésiculaire et cholédocienne.
- 4 cas de lithiase vésiculaire pure.

- c) 43 syndromes cholédociens, soit 52 %.

Il s'agissait :

- 15 fois de lithiase vésiculaire et cholédocienne.
- 12 fois de lithiase vésiculaire pure.
- 9 fois de lithiase cholédocienne pure.
- 3 fois de lithiase cholédocienne après cholécystectomie.
- 5 fois la cholédocotomie a été pratiquée dans les suites d'une cholécystectomie pour lithiase, mais la seconde intervention a montré qu'il n'existait pas de calcul de la voie principale.

2) MANIFESTATIONS ATYPIQUES.

Dans le cadre des manifestations atypiques, nous grouperons successivement :

- a) Des manifestations abdominales douloureuses sans caractère évocateur :

1 cas, il s'agissait d'une lithiase vésiculaire et cholédocienne.

- b) Des manifestations à allure vaguement vésiculaire, et dans lesquelles un symptôme dominant, ou une association anormale de signes, ont rendu le diagnostic plus difficile :

11 cas sur 82.

Parmi ces formes, nous avons rencontré :

— 3 cas *d'ictère pur*.

Il s'agissait :

— 1 fois de lithiase cholédocienne pure.

— 2 fois de lithiase vésiculaire pure.

— 5 cas *d'ictère associé à des phénomènes douloureux* :

— 1 cas de lithiase cholédocienne et vésiculaire.

— 4 cas de lithiase vésiculaire pure.

— 1 cas où l'ictère était associé à une température d'allure angiocholitique.

Il s'agissait d'une lithiase vésiculaire pure.

— 1 cas où la température était le seul symptôme apparent réalisant une forme pseudo-palustre.

Il s'agissait d'une lithiase vésiculaire et cholédocienne.

— 1 cas où la température était associée à des phénomènes douloureux :

Il s'agissait d'une lithiase vésiculaire et cholédocienne.

3) CAS PARTICULIERS.

Nous mettons de côté le cas particulier d'une malade se présentant avec une fistule biliaire après cholécystectomie pour lithiase, la seconde intervention n'a pas révélé la présence de calcul, il s'agissait du pédicule hépatique.

D. — Particularités symptomatiques.

Avant d'en terminer avec l'étude des symptômes, nous tenons à signaler quelques faits particuliers intéressants à noter.

- 1) Une malade a présenté des vomissements de calculs à facette (Obs. 21).
- 2) Des calculs ont été émis dans les matières (Obs. 266).
- 3) Les crises douloureuses avaient nettement le caractère angineux, avec modifications électrocardiographiques (Obs. 23).

E. — Antécédents des malades.

1) L'étude systématique des antécédents de nos opérés nous offre un certain nombre de faits de peu d'intérêt que nous ne ferons que citer pour être complet.

Nous avons noté : un paludisme (Obs. 157), une splénomégalie découverte d'examen systématique (Obs. 153), un goître simple (Obs. 280), une comitialité remontant à l'enfance (Obs. 277).

Parmi les interventions chirurgicales sans rapport avec la lithiasie, nous avons relevé : une hernie bilatérale opérée (Obs. 271), un cancer du sein opéré en Mars 1944 (Obs. 391), une salpingectomie bilatérale en 1938 (Obs. 388), successivement une appendicectomie et une arthrodèse sacro-iliaque pour arthrite non tuberculeuse (Obs. 73).

2) Parmi les antécédents qui peuvent avoir joué un rôle dans la genèse de l'affection lithiasique, nous relevons :

a) *Des affections digestives.*

- Gastrectomie pour ulcus pylorique en 1947 (Obs. 384).
- Gastro-entéro-anastomose puis gastrectomie pour ulcus gastrique (Obs. 281).
- Image radiologique de fistule cholécystoduodénale (Obs. 21).

b) *La fièvre typhoïde* n'a été relevée qu'une fois (Obs. 265). Typhoïde à l'âge de 15 ans nettement à l'origine des troubles d'après l'interrogatoire.

c) En ce qui concerne *la grossesse*, une seule malade fait remonter ses troubles aux suites immédiates d'une grossesse qui s'était par ailleurs déroulée sans incidents (Obs. 385).

d) Nous n'avons rencontré qu'un cas de *diabète* traité par insuline (Obs. 19).

e) Un seul de nos opérés avait des *migraines* (Obs. 283).

f) *L'imprégnation éthylique* n'a été notée qu'une seule fois (Obs. 157).

3) Enfin, le lot le plus intéressant est constitué par

11 malades ayant déjà subi des interventions sur les voies biliaires, nous relevons ainsi :

- 1 entérotomie.
- 9 cholécystectomies.
- 1 cholécystectomie associée à une cholédotomie avec drainage externe par drain de Kehr.
- 1 cholécystectomie terminée par un drainage transcystique.

En voici les observations résumées :

- OBS. 150 : Entérotomie le 7-1-46 pour iléus biliaire. Un mois après, apparition d'un syndrome cholédocien.
- OBS. 22 : Cholécystectomie 6 mois avant l'intervention (Pr. VILLARD) pour lithiase vésiculaire. Suites : fistule biliaire pendant 3 mois, puis fermeture de la fistule et réouverture au bout d'un mois pendant 15 jours. Il y a 2 mois : épisode cholédocien.
- OBS. 73 : 2 ans avant l'intervention, cholécystectomie pour lithiase vésiculaire avec calculs multiples. Suites bonnes. Mais depuis quelques mois, réapparition des douleurs avec frissons, état général excellent malgré tout.
- OBS. 74 : Cholécystectomie le 24-3-1944 (Dr. PEYCELON) pour lithiase vésiculaire. Suites ictère franc de 3 semaines, puis fistule biliaire qui se tarit spontanément au bout de 1 mois. Peu après : réapparition de l'ictère, frissons, température à 40.
- OBS. 134 : Cholécystectomie le 21-5-1945 (Dr. PEYCELON) pour lithiase vésiculaire. Suites : fistule biliaire persistante jusqu'à la réintervention, qui est précédée de crises cholédociennes typiques.
- OBS. 144 : Cholécystectomie le 10-9-1945 (Dr. PEYCELON) pour lithiase vésiculaire. Le cholédoque est dilaté, mais n'est pas suspect à la palpation : on ne l'ouvre pas en raison de l'âge de la malade (71 ans). Présente au bout de 2 ans des crises cholédociennes typiques.
- OBS. 197 : (Fille de 144). Cholécystectomie le 5-10-1946 ((Dr. PEYCELON) pour lithiase vésiculaire. Suites simples. Crises cholédociennes typiques 3 ans après.

- OBS. 259 : Cholécystectomie en 1935 (Pr. TIXIER) pour lithiase vésiculaire. 12 ans après, crises douloureuses à type cholédocien.
- OBS. 269 : Cholécystectomie le 15-1-1948 (Dr. PEYCELON) pour lithiase vésiculaire. Suites marquées par une fistule minime et intermittente, l'assèchement de la fistule étant marqué par des périodes de rétention avec température à 39 et des signes de suppuration locale. L'exploration lipiodolée de la fistule montre un court trajet bifide aboutissant à 2 petites dilatations ampullaires ne rejoignant ni le cholédoque, ni le duodénum malgré de fortes pressions. Réintervention 6 mois après la cholécystectomie.
- OBS. 390 : Cholécystectomie 20 ans avant l'intervention pour cholécystite calculeuse. Depuis peu, crises à type cholédocien avec amaigrissement important.
- OBS. 278 : Cholécystectomie associée à un drainage externe par drain de Kehr le 5-11-1942 pour lithiase vésiculaire et cholédocienne. Intervention marquée par une blessure du cholédoque : suture sur drain de Kehr. Bon résultat pendant 2 ans après fistule biliaire de 2 mois. Mais depuis 6 mois : syndrome cholédocien.
- OBS. 394 : Malade de 62 ans ayant déjà subi diverses interventions biliaires (cholécystostomie pour lithiase vésiculaire en 1943). Incision et drainage d'abcès sous-hépatique en 1949 à 2 reprises. Cholécystectomie dans le service en Août 1950 pour cholécystite aiguë, cette intervention ayant été terminée par un drainage transcystique du cholédoque qui était dilaté mais dont l'exploration instrumentale s'était avérée impossible. Les suites de cette intervention ont été marquées par l'apparition d'une fistule biliaire facile à prévoir du reste de par les conditions mêmes de l'intervention et du fait que le lipiodol post-opératoire de contrôle montrait une absence totale de passage duodénal. La réintervention 22 jours plus tard dans de meilleures conditions permit d'extraire un gros calcul

friable du cholédoque et de la boue biliaire. Les suites immédiates furent très simples et le résultat éloigné excellent.

F. — Etat des malades au moment de l'intervention.

Nous croyons intéressant avant de clore ce chapitre de séméiologie, de donner un aperçu de l'état général des malades au moment de leur intervention.

- 1) *Malades très amaigris* : 16, soit 20 %.
- 2) *Malades fébriles* : 20, soit 24 %.
- 3) *Malades ictériques* : 33, soit 40 %.
- 4) *Malades obèses* : 4, soit 5 %.
- 5) *Malades présentant un taux d'urée sanguine élevé* .
4, soit 5 %.
- 6) *Malades présentant des tests de laboratoire perturbés dans le sens d'une insuffisance hépatique importante* : 6, soit 7 %.
- 7) *Ethyliques* : 1.
- 8) *Albuminuriques* : 2.
- 9) *Hypertension artérielle avec début de décompensation cardiaque* : 1.

Chapitre II

TECHNIQUE CHIRURGICALE

Hormis le cas des réinterventions; la technique chirurgicale adoptée par le Docteur PEYCELON est simple et bien réglée.

Après laparotomie oblique sous-costale qui expose bien la région, la vésicule est libérée, le pédicule disséqué et la cholécystectomie s'effectue après ligature isolée de l'artère et du cystique. Le plus souvent, la cholécystectomie est faite d'avant en arrière, en cas de difficultés tenant aux adhérences, elle sera pratiquée en rétrograde.

On procède alors à l'exploration du cholédoque : exploration visuelle et digitale. Ces manœuvres simples ont en fait une grosse valeur et offrent une grande sécurité entre des mains expérimentées. Si un doute persiste, la cholédocotomie est alors pratiquée au bistouri ou au ténotome, 2 pinces de Jude servant à maintenir béante la petite incision cholédocienne de 1 cm. à 1,5 cm. de longueur. Les calculs qui se présentent sont alors cueillis avec la pince à cholédoque et on vérifie à l'aide de celle-ci ou mieux encore à l'aide d'un béniqué la perméabilité de la voie principale.

L'intervention est terminée par la mise en place du drain de Kehr dont le calibre est adapté à celui du cholédoque, la petite branche horizontale du drain étant transformée en gouttière par ablation aux ciseaux d'un secteur du cylindre qu'il représente. 1 ou 2 points de catgut sont parfois nécessaires pour assujettir drain et cholédoque et assurer ainsi la parfaite étanchéité de la dérivation.

Il est possible en cas de nécessité de pratiquer par ce dispositif un cliché lipiodolé sur la table d'intervention.

De plus, il est fait systématiquement un contrôle radiologique au lipiodol avant l'ablation du drain.

Selon les cas, un petit drain ou une petite mèche est laissée en place dans le lit vésiculaire, là encore sans que nous en fassions une règle absolue. La paroi est ensuite fermée comme pour une cholécystectomie simple.

Une fois le malade ramené dans son lit, le drain de Kehr est relié par l'intermédiaire d'un raccord et un tuyau de caoutchouc à une cantine, ce qui permettra de noter quotidiennement la quantité de bile recueillie.

Chapitre III

CONSTATATIONS ANATOMIQUES ET OPERATOIRES

A. — En ce qui concerne la vésicule, nous avons noté :

1) *Une vésicule distendue*, présentant des lésions pariétales discrètes; réalisant le tableau anatomique de la cholécystite catarrhale a été rencontrée 21 fois sur 83 cas, soit dans une proportion de 25 %.

2) *Une vésicule scléro-atrophique* 27 fois, soit 33 %.

3) Dans 19 cas, *la vésicule était grosse, exclue, avec des parois blanches et épaissies*, soit dans 23 % des cas.

4) *Les lésions d'empyème vésiculaire* ont été rencontrées 3 fois, soit dans 4 % des cas.

5) 2 fois *la vésicule était macroscopiquement normale* (2 %).

6) Dans un cas enfin, nous avons rencontré un *moignon cystique dilaté* chez une malade ayant subi auparavant une cholécystectomie pour lithiase vésiculaire.

B. — Adhérences vésiculaires.

Des adhérences vésiculaires ont été notées dans 27 cas, soit 32 %.

1) 18 fois, il existait de simples *adhérences épiploïques*, soit 22 %.

2) 3 fois la vésicule était *adhérente au duodénum* (4 %).

3) Une fois au *duodénum et à l'estomac*.

4) 3 fois au *colon transverse* (4 %).

5) Dans un cas, la vésicule était *adhérente au cholédoque*.

6) Enfin au maximum une fistule cholécystodigestive

était réalisée : un cas de *fistule cholécystopylorique* (Obs. 150).

C. — L'état du cholédoque a donné lieu aux constatations suivantes :

1) L'intervention a montré un *cholédoque nettement dilaté* dans la grande majorité des cas, soit 58 fois sur 82, ce qui représente une proportion de 71 %.

Parmi ces 58 malades, 2 avaient déjà subi une cholécystectomie antérieure pour lithiase vésiculaire (Obs. 73-390).

2) 4 fois le cholédoque a été trouvé *rétréci*. Il s'agissait dans chaque cas d'un rétrécissement consécutif à une cholécystectomie pour lithiase vésiculaire (5 %).

3) Il a été découvert 8 fois des lésions pariétales du *cholédoque qui était épais et scléreux* (10 % des cas). Dans une observation, il s'agissait d'une ancienne cholécystectomie pour lithiase vésiculaire (Obs. 144).

4) Dans 3 cas, l'intervention a permis de libérer des adhérences péri-cholédociennes qui exerçaient une *compression de la voie biliaire principale*. Parmi ces 3 observations, 2 concernent d'anciennes cholécystectomies pour lithiase (Obs. 197-269) (4 %).

5) D'autres fois, le cholédoque avait simplement un *aspect inflammatoire*, dans lequel nous voyons assez volontiers le premier stade des lésions de sclérose précédemment décrites. 2 cas (2 %) dont un concernant une ancienne cholécystectomie pour lithiase (Obs. 22).

6) Enfin dans 7 cas (8 %), le cholédoque était d'aspect et de volume normaux. Les raisons qui ont milité en faveur de la cholédocotomie, ont surtout été tirées des données de la clinique.

Dans 1 cas, la cholédocotomie a été faite pour parer à une blessure du cholédoque (Obs. 248).

Dans 4 cas, la cholédocotomie n'a pas révélé l'existence de calculs à l'intérieur du cholédoque.

Dans 2 cas enfin, elle a permis d'extraire des calculs

qui n'avaient pas été perçus par le simple examen digital.

D. — Les lésions du pédicule hépatique observées ont été les suivantes :

- 12 fois on est tombé sur un *pédicule bloqué et scléreux*, soit 14 %. C'est dans ces cas que la cholécystectomie a été le plus souvent faite par voie rétrograde, car les difficultés d'isolement des différents éléments du pédicule sont alors au maximum.
- 2 fois l'intervention a mis en évidence un véritable *abcès de caractère diffus du pédicule hépatique*.

E. — Les lésions du pancréas.

Les lésions du pancréas ont été observées 3 fois (4 %) avec les modalités suivantes :

- 2 cas de noyau de pancréatite chronique de la tête (Obs. 10-268).
- 1 cas où la tête dans son ensemble était dure et épaissie (Obs. 286).

F. — Lésions du foie.

Le foie a été trouvé petit, grenu et dur dans l'Obs. 152.

Dans l'Obs. 274, on avait été frappé par l'aspect granité de la glande.

G. — Etude des calculs.

I. — AU NIVEAU DU CHOLÉDOQUE :

a) Existence des calculs.

- 1) Dans 41 cas (soit 50 %), l'intervention a montré l'existence de calculs cholédociens :
 - 20 fois, calculs uniques (25 %).
 - 21 fois, calculs multiples (25 %).
- 2) Dans 41 cas, il n'a pas été trouvé de calculs cholédociens à l'intervention (50 %.)

Il s'agissait :
 - soit de lithiasse vésiculaire isolée,

— soit de réintervention après une cholécystectomie pour affection lithiasique.

b) *Localisation des calculs.*

Dans les 41 observations de lithiase cholédocienne, nous avons rencontré :

- des calculs de la papille : 2 fois;
- des calculs de la région sus-vatérienne : 5 cas;
- dans une observation, le calcul était bloqué dans la portion inférieure du cholédoque intra-pancréatique;
- les 26 observations de calculs situés dans la portion rétroduodénale représentent l'éventualité la plus fréquente;
- 4 fois le calcul a été trouvé dans la partie inférieure du segment sus-duodéal du cholédoque;
- 3 fois enfin les calculs étaient situés dans l'hépatique. (Une fois dans sa branche gauche).

II. — AU NIVEAU DE LA VÉSICULE :

a) *L'existence de calculs vésiculaires a été notée :*

59 fois sur 82 (soit 72 %). Dans 5 cas, il s'agissait de calculs du cystique.

b) *9 fois, il n'a pas été trouvé de vésicule calculeuse.*

En somme, le rapprochement de ces différentes constatations touchant l'étude des calculs montre que nous avons eu à observer :

- 27 lithiases vésiculaires et cholédociennes;
- 35 lithiases vésiculaires pures;
- 10 lithiases cholédociennes autonomes;
- 4 lithiases cholédociennes survenues après cholécystectomies pour lithiase;
- 6 cholédocotomies pratiquées dans les suites d'une cholécystectomie pour lithiase sans qu'il ait été trouvé de calculs cholédociens lors de la deuxième intervention.

Nous noterons en terminant que dans un cas de lithiase

vésiculaire et cholédocienne associées, nous avons rencontré :

- 12 calculs vésiculaires noirs.
- 8 calculs cholédociens blancs.

La différence de structure des calculs vésiculaires et cholédociens laissant supposer leur autonomie de formation (Obs. 21).

III. — ENFIN, DANS LES CAS OU IL N'AVAIT PAS ÉTÉ TROUVÉ DE CALCULS A L'OUVERTURE DU CHOLÉDOQUE, IL S'AGISSAIT :

- 3 fois d'un rétrécissement du cholédoque;
- 3 fois de boue biliaire obstruant la voie principale;
- 3 fois d'une compression extrinsèque par des adhérences;
- 8 fois d'une lésion des parois avec cholédoque épais et scléreux;
- 1 fois d'un spasme de l'ampoule de Vater;
- 1 fois d'une angiocholite responsable;
- 1 fois d'un cholédoque sain blessé au cours de l'intervention.
- Enfin dans 21 cas, le syndrome clinique de lithiase du cholédoque s'est trouvé infirmé par les constatations opératoires qui n'ont pas montré d'obstacle, ni intrinsèque, ni extrinsèque.

H. — Lésions associées.

Nous nous proposons dans ce paragraphe de signaler les lésions anatomiques rencontrées fortuitement au cours de l'intervention et qui ont pu faire l'objet d'un geste chirurgical associé.

- Kyste de la face antérieure du rein droit. Résection en collerette (Obs. 24).

I. — Incidents opératoires.

Nous avons relevé :

- 1) 5 plaies du cholédoque (soit dans 6 % des cas).
- OBS. 72 : Cholédoque presque sectionné dans le sens transversal (on l'avait pris pour la vésicule tant il était

dilaté). Suture sur drain par points circulaires au catgut.

- Obs. 157 : Blessure opératoire du cholédoque.
- Obs. 248 : Blessure opératoire du cholédoque. Suture sur drain de Kehr.
- Obs. 274 : Cholédoque déchiré sur une grande étendue, reconstitution.
- Obs. 390 : Section transversale du cholédoque pris pour le moignon cystique. Reconstitution sur drain de Kehr.

2) *Une plaie du colon transverse*. Suture en 3 plans (Obs. 257).

3) *Une blessure du duodénum* au cours de la libération vésiculaire; suture (Obs. 276).

4) *Ouverture d'un abcès périvésiculaire et de la cavité vésiculaire* qui est pleine de pus, au cours de la libération de la vésicule (Obs. 260).

Toutes les interventions dont nous venons d'exposer les constatations anatomiques ont été de simples drainages externes dont nous avons plus haut détaillé les modalités techniques. Dans un seul cas (Obs. 146), une duodénotomie a dû être pratiquée à titre de geste complémentaire pour un calcul enclavé au niveau de la papille.

Chapitre IV

SUITES OPERATOIRES IMMEDIATES

I. — Suites excellentes, sans incidents d'aucun ordre.

48 malades sur 83, soit une proportion de 57 %.

II. — Complications générales sans rapport avec la lithiase.

7 cas sur 83, soit 8 %.

En voici le détail :

a) *Complications pulmonaires d'ordre infectieux :*

3 cas de congestion pulmonaire bénigne à évolution rapidement régressive (Obs. 134, 247, 253).

b) *Complications veineuses :*

2 fois observées :

— OBS. 153 : Au 8^e jour, œdème de Quinke; au 29^e jour, épanchement pleural hémorragique signant probablement un infarctus.

— OBS. 268 : Infarctus pulmonaire au 7^e jour.

c) *Complications diverses :*

2 cas :

— OBS. 72 : Poussée d'arthrite du genou droit.

— OBS. 272 : Double parotidite suppurée que l'on doit inciser; longue suppuration.

III. — Complications locales.

Observées 9 fois, soit 11 %.

Nous avons classé sous cette rubrique :

a) LES HÉMATOMES :

4 cas :

— OBS. 45 : Hématome ayant nécessité une mise à plat.

— OBS. 249 : Petit hématome fébrile.

- OBS. 289 : Déhiscence de la paroi qui met longtemps à se cicatriser.
- OBS. 392 : Petite suppuration persistante de la paroi.
b) *Les complications de la paroi plus sérieuses :*
- OBS. 283 : Eviscération au 6^e jour, puis au 31^e jour après ablation des fils de bronze.
c) *Les complications minimales du côté du drainage :*
3 cas :
- OBS. 74 : Légère augmentation de la température à l'obturation du drain, la bile s'écoule à côté du tube (9 : pense à un œdème de la tête du pancréas). Le lipiodol ne passe pas dans le duodénum, mais dessine le cholédoque. Après 2 tubages, tout rentre dans l'ordre. Le drain est enlevé au 30^e jour.
- OBS. 150 : Pansement souillé de bile qui passe à côté du drain, lequel par ailleurs fonctionne bien. Le lipiodol de contrôle montre un reflux dans les canaux intrahépatiques, et donne une impression de calcul dans la portion inférieure du cholédoque, ablation du drain avec appréhension. Calcul trouvé dans la portion horizontale du drain.
- OBS. 282 : Petit écoulement biliaire vite tari apparu au 9^e jour après ablation accidentelle du drain.

IV. — Décès post-opératoires.

14 sur 83, soit 17 %.

a) *Décès rapides dans un tableau de choc opératoire :*

- OBS. 146 : Décès au 3^e jour, dans un tableau de choc.
- OBS. 157 : Décès le soir.
- OBS. 260 : Malade choqué à la fin de l'intervention. Décès le lendemain.
- OBS. 271 : Décès au 3^e jour.
- OBS. 275 : Décès le lendemain.
- OBS. 293 : Décès le soir.

5 cas sur 82.

Ces 5 malades étaient particulièrement fragiles et les conditions préopératoires expliquent en partie le décès rapide après l'intervention :

- Obs. 146 : Il a été pratiqué une duodénotomie, ce geste est le seul de son espèce dans notre statistique, mais nous avons eu l'occasion d'observer depuis et à plusieurs reprises sa haute gravité.
- Obs. 157 : Concerne une malade paludéenne ancienne, éthylique, avec des tests hépatiques perturbés. Il existait à l'intervention une collection biliopurulente sous-hépatique.
- Obs. 260 : Concerne une femme de 75 ans, l'intervention a ouvert un abcès périvésiculaire et une vésicule pleine de pus, ces incidents opératoires ont certainement contribué à l'aggravation de l'état postopératoire.
- Obs. 271 : Concerne un homme de 60 ans sans antécédents particuliers.
- Obs. 275 : Il s'agissait d'une malade opérée avec une T. à 39°.
- Obs. 293 : Est celle d'un homme qui présentait un ictère évoluant depuis un mois, ces deux circonstances étant à priori très péjoratives pour le pronostic.

b) Décès dus à l'insuffisance hépatique irréversible :

- Obs. 152 : Après une amélioration de 3 jours avec chute de la température, apparition d'un état subcomateux alors que l'ictère se fonce. Coma le 6^e jour et décès le 9^e dans l'hyperthermie à 40,5.
- Obs. 156 : L'état reste grave, température, adynamie. On évacue une collection suppurée sous-hépatique. Décès au 5^e jour.
- Obs. 261 : Bonnes suites pendant 8 jours, puis température oscillante à 39-40 avec frissons, pendant un mois. Mort au bout de un mois : tableau d'angiocholite diffuse avec abcès miliaires du foie.
- Obs. 274 : Etat satisfaisant pendant un jour. Au bout de 48 heures, l'écoulement de bile s'arrête, état algide, décès au bout de 48 heures.
- Obs. 292 : Décès au 3^e jour, état d'algidité.

5 cas sur 82.

Si l'on recherche dans les antécédents et dans les conditions préopératoires les facteurs qui peuvent dans une cer-

taine mesure rendre compte de l'évolution fatale, on note :

- Obs. 152 : Un taux d'urée sanguine à 1,35 gr. chez une malade ictérique présentant une température d'origine angiocholitique.
- Obs. 156 : Une température à 40 chez une malade ictérique.
- Obs. 261 : Un tableau sévère de cholécystite aiguë chez une malade pourtant jeune, mais dont les antécédents remontent à plus de 10 ans.
- Obs. 274 : Malade ictérique depuis un mois.
- L'Obs. 292 enfin est celle d'un homme de 71 ans albuminurique avec un taux d'urée sanguine à 1,38 gr.

c) Autres décès :

- Obs. 276 : Cachexie progressive, décès au 33^e jour.

Il s'agissait d'une malade de 62 ans opérée avec une température à 39. Au cours de l'intervention, le duodénum a été blessé. La vérification n'a pas pu être pratiquée.

- Obs. 381 : Malade très déshydraté; au 16^e jour : hémorragie intestinale très abondante. Décès au 18^e jour.

Autopsie : péritonite sous-hépatique, ulcération intestinale de l'angle droit.

Il s'agissait d'un homme de 76 ans avec température et subictère.

- Obs. 393 : Parotidite au 5^e jour : collapsus cardiaque et éviscération. Décès après suture de l'éviscération.

Il s'agissait d'un homme de 55 ans en mauvais état général.

V. — Complications d'ordre hépato-vésiculaire.

9 malades sur 82, soit une proportion de 11 %.

En voici le détail :

- Obs. 12 : Fistule biliaire persistant longtemps. Le lipiodol montre le cholédoque inférieur imperméable. Du fait de cette déperdition biliaire : atteinte progressive de l'e. g. : amaigrissement, oligurie, délire. Cependant, au bout d'un mois, la fistule se tarit, le lipiodol montre que la perméabilité cholédocienne est rétablie.

- OBS. 45 : Au lipiodol de contrôle : rien ne passe dans le duodénum, le malade reste jaune, les selles restent décolorées; malgré cela, on enlève le drain cholédocien au 14^e jour, cicatrisation perproprium : la fistule cholédocienne s'arrête spontanément le 10/7 (28^e jour). La malade reste longtemps ictérique, puis le teint s'éclaircit peu à peu, les matières mettent longtemps à se recolorer.
- OBS. 46 : Au 10^e jour : le lipiodol passe bien. Après ablation du drain : écoulement biliaire qui se tarit rapidement.
- OBS. 71 : Au 10^e jour, le lipiodol passe dans le duodénum. Après ablation du drain, cicatrisation après quelques jours de fistule.
- OBS. 72 : Ablation du drain au 13^e jour, l'écoulement biliaire persiste longtemps. Collection de bile sous la cicatrice ayant nécessité incision et drainage.
- OBS. 259 : Au 10^e jour, cholédoque perméable, ablation du drain. Cicatrisation. Pendant les 3 semaines post-opératoires : 2 à 3 crises douloureuses sans température ni décoloration des matières.
- OBS. 277 : Malgré une bonne imprégnation du cholédoque par le lipiodol, aucun passage dans le duodénum. Passage étroit au bout de quelques jours.
- OBS. 290 : Longue persistance d'une fistule biliaire.
- OBS. 151 : Suites simples. Lipiodol : bonne injection du cholédoque dans sa partie supérieure. Reflux dans l'hépatique. A la partie inférieure se dessine une image d'arrêt (le lipiodol file de part et d'autre et ne passe pas franchement). Persistance de cette image au bout d'1/2 heure.

Chapitre V.

RESULTATS ELOIGNES

Si l'on excepte les 14 décès post-opératoires, l'étude des résultats éloignés des malades qui ont subi un drainage externe de la voie biliaire principale par drain de Kehr porte sur une série de 68 malades.

Sur ce total de 68 malades :

- 17 ont été revus.
- 37 ont répondu personnellement au questionnaire qui leur avait été adressé à l'occasion de l'enquête.

Ces 2 catégories totalisant 54 malades constituent le fond essentiel de notre enquête.

- 10 malades ont été complètement perdus de vue.
- Enfin entre ces 2 extrêmes, se situe un groupe de 5 malades qui n'ont pas pour diverses raisons répondu directement à notre enquête, mais sur lesquels nous avons cependant eu des renseignements soit par la famille, soit par le médecin traitant. Nous n'avons pas voulu nous priver de ces sources d'informations, c'est pourquoi nous avons classé ces observations dans un chapitre spécial.

A. — Malades revus ou ayant répondu de façon satisfaisante au questionnaire.

1^{re} question. Les troubles qui vous ont amené à ma consultation et que vous présentiez avant l'opération ont-ils complètement disparus ?

Réponse : OUI.

49 malades sur 54 malades suivis complètement, soit une proportion de 92 %.

2^e question. Avez-vous depuis l'opération présenté de la jaunisse ?

1) *Réponse : NON.*

47 malades sur 54, soit 88 %.

2) *Malades ayant présenté de l'ictère :*

8 malades sur 54, soit 15 %.

Parmi ces 6 malades, nous relevons :

a) 3 ICTÈRES BÉNINS DE TYPE INFECTIEUX :

— OBS. 153 : Simple ictère infectieux.

— OBS. 250 : Ictère de 4 jours en 1950, avec urines foncées et selles décolorées.

— OBS. 282 : En Juillet 1951, ictère de 5 jours.

b) 5 ICTÈRES AYANT REVÊTU LE TYPE RÉTENTIONNEL :

— OBS. 134 : Episode cholédocien avec température en Juin 1951.

Il s'agit d'une malade qui a subi une cholécystectomie pour lithiase vésiculaire en 1945. Les suites de cette première intervention ont été marquées par la persistance 2 mois après l'opération d'une fistule biliaire, accompagnées de crises cholédociennes typiques avec baisse considérable de l'état général. La réintervention décidée 5 mois plus tard a mis en évidence un rétrécissement situé à la partie moyenne du cholédoque. Il a été procédé à une reconstitution de la voie principale (Obs. 4 de la thèse de MELEY).

Les suites de cette 2^e intervention ont été marquées par la réapparition des épisodes de type cholédocien, revêtant selon les cas le type ictéro-fébrile ou algo-fébrile. Actuellement, les crises semblent devoir s'espacer sous l'influence des tubages et des cures thermales à Vichy, et la malade a repris 20 kgs depuis l'époque de sa 1^{re} intervention.

— OBS. 259 : Apparition en Février 1954 de crises angiocholitiques avec subictère et température oscillante.

Cette malade très intéressante avait subi en 1935 une cholécystectomie pour lithiase vésiculaire (Pr. TIXIER). En 1947, soit 12 ans plus tard, elle présente des crises



Obs. 259 :

Radiographie après biligraphin - Cliché pris à la 30^e minute.
(Cliché dû à l'obligeance du Dr. PAPILLON et son assistant, le Dr. GOYON).

douloureuses vésiculaires à type de coliques hépatiques. Une 2^e intervention est décidée en 1948 et le 21-1-1948, on découvre un rétrécissement du cholédoque au niveau de l'ancienne implantation du cystique, le pédicule hépatique apparaît bloqué et il existe un calcul unique et de la boue biliaire dans la partie inférieure du segment sus-duodénal du cholédoque. On procède alors à une reconstitution du cholédoque sur drain de Kehr. Les suites opératoires sont simples au point de vue local, à noter que le drain a été enlevé au 10^e jour après contrôle lipiodolé qui montrait *un passage parfait dans le duodénum et l'absence de tout calcul oublié dans la voie principale*. Le seul point à noter est la survenue dans les 3 semaines postopératoires de 3 crises douloureuses sans température ni décoloration des matières. (Obs. 2 de la thèse de MELEY).

Au questionnaire de 1951, cette malade s'était déclarée entièrement satisfaite des résultats de son intervention, elle ne signalait que 2 crises douloureuses (en 1950 et 1951) d'une durée de une heure chacune à l'occasion d'écarts de régime particulièrement notables, elle reconnaissait du reste volontier ne tenir aucun compte des prescriptions alimentaires.

En 1954, soit 6 ans après la 2^e intervention, cette malade présente des poussées angiocholitiques avec subictère et température oscillante qui font poser une nouvelle indication opératoire. La malade a alors 62 ans.

Les tests hépatiques très perturbés objectivent un degré prononcé d'insuffisance hépatique, malgré cela, il a été possible de pratiquer chez cette malade une série de radiographies à l'aide de « Biligraphin », les clichés que nous reproduisons ci-contre grâce à l'obligeance du Docteur PAPILLON et de son assistant le Docteur GOYON, permettent de mettre en évidence l'existence de 5 gros calculs cholédociens dont l'un énorme est intra-pancréatique.

L'intervention pratiquée par les Docteurs PEYCELON et GUILLEMIN le 9-2-1954 fut très laborieuse. Après laparotomie sous-costale et libération des adhérences sous-

hépatiques, on retrouve facilement le cholédoque très dilaté du volume d'un pouce. Le pancréas est gros, œdémateux, avec de petites taches de stéatonecrose. La cholédocotomie permet l'extraction de 4 gros calculs. Il reste un gros calcul intrapancréatique qui reste inaccessible par l'orifice de taille cholédocienne, on envisage un moment la duodénotomie, mais devant la gravité de ce geste, on préfère réaliser un décollement duodéno-pancréatique et le calcul est enlevé difficilement par morcellement. L'intervention est terminée comme d'habitude par la mise en place d'un drain de Kehr.

La malade quitte la salle d'opération très choquée et décède 36 heures après dans un tableau d'insuffisance hépatique.

--- OBS. 151 : Présente 4 ans après l'intervention des crises cholédociennes typiques.

Cette malade âgée de 51 ans en 1946 lors de la première intervention (Cholécystectomie associée à un drainage externe du cholédoque par drain de Kehr pour lithiase vésiculaire et cholédocienne) eut des suites immédiates simples, mais on avait noté au contrôle lipiodolé post-opératoire une image d'arrêt à la partie inférieure du cholédoque.

Les 4 ans qui suivirent l'intervention furent bons, puis au bout de 4 ans, la malade est réhospitalisée pour une crise douloureuse de l'hypocondre droit avec température et sub-ictère. Tout semblait s'être arrangé sous l'influence des tubages et de la cure à Vichy; devant la négativité de la radiographie simple, on s'abstient de réintervenir.

6 mois plus tard, la malade présente une véritable crise cholédocienne et la réintervention alors décidée montre un cholédoque dilaté contenant un calcul unique dans la portion rétroduodénale. Les suites de cette 2^e intervention sont très simples et le contrôle lipiodolé satisfaisant.

L'enquête nous a permis de revoir une malade entièrement satisfaite, digérant parfaitement sans suivre de

régime ayant repris du poids et se plaignant simplement de constipation.

A posteriori, nous pouvons regretter de n'avoir pas eu à notre disposition la première fois que nous avons revu cette malade, le test radiologique à la « Biligra-« phin », qui nous eu sans doute permis de caractériser 6 mois plus tôt le calcul du cholédoque probablement oublié et responsable de l'ictère.

- OBS. 277 : Ictère progressif de type rétentionnel ayant débuté 4 mois après l'intervention.

Cette malade de 67 ans, avait subi une cholécystectomie associée à un drainage externe du cholédoque par drain de Kehr pour une lithiasie du cholédoque le 14-1-1949. Le contrôle lipiodolé avait montré que malgré une bonne imprégnation du cholédoque, il n'existait aucun passage duodénal, sans qu'aucune constatation opératoire ne puisse expliquer ce fait.

4 mois après l'intervention, la malade est à nouveau hospitalisée dans le service pour un ictère par rétention typique sans douleurs ni température et avec un état général bien conservé.

Le 1-6-1949, la réintervention montre une tête du pancréas volumineuse et dure refoulant en avant le duodénum et le diagnostic paraît être opératoirement celui de cancer de la tête du pancréas. A l'ouverture du cholédoque qui est épaissi et dilaté, on ne trouve pas de calculs. On pratique alors une cholédocoduodénostomie.

L'étude de cette observation sera poursuivie avec celle des dérivations internes.

- OBS. 388 : En Mars 1950, ictère à la suite d'une crise de colique hépatique.

Cette observation concerne une malade de 36 ans sans antécédents très éloignés, opérée avec un tableau de cholécystite aiguë. Il existait à l'intervention une cholécystite aiguë lithiasique, le cholédoque était augmenté de volume et présentait un aspect inflammatoire. La cholédocotomie ne montra pas de calculs à son intérieur, mais l'existence de pus franc. Il s'agis-

sait donc d'une angiocholite sévère associée et l'existence de poussées ictérofébriles dans les suites opératoires qui par ailleurs furent simples doit sans doute trouver sa raison dans les constatations opératoires.

Au reste, cette malade en répondant à notre enquête s'est déclarée entièrement satisfaite du résultat de l'opération, elle a repris du poids et ne suit pas de régime strict.

3^e question. Avez-vous eu de nouvelles crises douloureuses ? Pouvez-vous en préciser la date, la durée ? Voulez-vous en décrire les caractères en quelques mots.

1) *Réponse : NON.*

40 malades sur 54, soit une proportion de 75 %.

2) *Malades ayant présenté de nouvelles crises douloureuses depuis l'intervention :*

13 malades, soit 24 %.

Parmi ces manifestations douloureuses, il y a lieu de distinguer :

a) Des troubles peu importants de par leur caractère, leur fréquence, leur durée et le fait qu'ils surviennent à l'occasion d'écarts de régime.

Ces cas groupent 9 malades :

- OBS. 12 : Chaque année présente pendant 48 heures, une série de petites crises douloureuses de l'hypocondre droit.
- OBS. 24 : 3 ans après l'intervention, présente chaque année une crise avec vomissements suivie de température, durée totale : 3 ou 4 jours.
- OBS. 73 : 2 ou 3 crises avec vomissements et frissons, durée 1 h.
- OBS. 197 : Douleurs vagues de l'hypocondre droit au moment de la menstruation.
- OBS. 282 : Après une accalmie complète de 1 an et demi, accuse de vagues troubles douloureux depuis Juin 1951 à type d'endolorissement permanent de l'hypocondre droit (Malade très nerveuse).
- OBS. 259 : En 8-50, une crise de 1 heure. En 4-51, une

crise moins violente de 1/4 d'heure. Toutes deux signalées comme survenues à l'occasion d'un écart de régime.

- OBS. 386 : Une crise légère avec vomissements.
- OBS. 390 : Une crise de 45 minutes en 3-1951.
- OBS. 392 : Depuis 6 mois, 3 légères crises de courte durée.

b) Manifestations douloureuses plus sévères et plus importantes.

Concernent 4 malades :

- OBS. 248 : A présenté une crise de colique hépatique tous les 3 mois depuis l'intervention, mais les caractères en sont beaucoup moins violents, en particulier la malade n'est pas obligée de s'aliter comme précédemment.
- OBS. 287 : De 2-50 à 6-50, une crise de 15 heures tous les 2 ou 3 jours avec température. Disparition actuelle des crises.
- OBS. 382 : Une crise douloureuse violente de l'hypochondre droit avec irradiation dorsale et une température à 38,5 ayant nécessité un repos au lit de 8 jours.
- OBS. 388 : 6 semaines après l'intervention, une crise suivie d'ictère. Une 2^e crise 8 jours après la première. La 1^{re} ayant duré 2 heures, la 2^e 1 heure.

4^e question. Digérez-vous bien ? Sinon quels troubles digestifs présentez-vous ?

1) *Réponse : OUI.*

41 malades sur 54, soit 75 %.

2) Parmi les malades présentant des troubles digestifs (11 soit 20 %), nous relevons :

- des vomissements postprandiaux (Obs. 134-197);
- des migraines après les repas (Obs. 197);
- des pesanteurs et du ballonnement (Obs. 258, 382, 392);
- des éructations acides (Obs. 257);
- Surtout des malades se plaignant de digestions lentes (Obs. 248, 250, 262, 277, 382, 386).

5^e question. Suivez-vous un régime alimentaire ? Sinon en avez-vous suivi un, lequel et pendant combien de temps ?

1) *Malades n'ayant jamais suivi de régime :*

23 malades sur 54, soit une proportion de 43 %

2) *Malades suivant en principe un régime, mais reconnaissant volontiers qu'ils y font de fréquentes entorses :*

13 sur 54, soit 24 %.

3) *Malades ayant donné l'impression de suivre correctement leur régime :*

16 malades sur 54, soit 30 %.

6^e question. Etes-vous constipé ?

1) *Réponse : NON.*

30 malades sur 54, soit une proportion de 57 %.

2) *Malades présentant des épisodes passagers de constipation ou suivant un traitement médicamenteux préventif de façon épisodique :*

13 malades sur 54, soit 24 %.

3) *Malades présentant une constipation habituelle :*

8 sur 54, soit 15 %.

7^e question. Avez-vous repris du poids depuis l'intervention ? Combien de kilogs ?

1) *Malades ayant repris du poids :*

42 malades sur 54, soit 80 %.

a) ENTRE 2 ET 5 KGS Y COMPRIS :

21 malades.

b) ENTRE 6 ET 10 KGS Y COMPRIS :

8 malades.

c) 11 KGS ET AU-DESSUS :

13 malades.

2) *Malades ayant retrouvé leur poids antérieur à l'opération :*

8 malades sur 54, soit 15 %.

3) *Malades ayant maigri :*

2 malades sur 54, soit 3 %.

8^e **question.** Depuis l'intervention, avez-vous été soigné pour une autre maladie ? Laquelle ?

- Hypertension artérielle et défaillance cardiaque : 5 malades (Obs. 19, 24, 46, 262, 282).
- Maladie de Parkinson (Obs. 23).
- Goître avec signes de toxicité (Obs. 153).
- Rhumatisme chronique évolutif (Obs. 249).
- Décollement de la rétine (Obs. 272).
- Eczéma rebelle (Obs. 259, 288).

APPRÉCIATION GLOBALE DES RÉSULTATS :

1) *Résultats excellents :*

Il existe à l'enquête une concordance absolue entre les dires des malades et les données de l'examen clinique ou l'interrogatoire serré.

27 malades sur 54, soit une proportion de 51 %.

2) *Très bons résultats :*

Cette catégorie groupe 8 malades qui mènent une vie active mais que nous avons tenu à écarter du lot précédent en raison de troubles minimes sur lesquels ils n'attirent pas spontanément l'attention, ne serait-ce que l'obligation de suivre un régime par exemple. Ces 8 malades représentent une proportion de 15 %.

3) *Bons résultats :*

Nous voulons parler là de malades qui tout en se déclarant guéris n'ont pas entièrement récupéré leur activité antérieure, soit parce qu'ils ont conservé un certain déficit pondéral, ou présentent des troubles digestifs qui leur imposent certaines précautions diététiques en particulier. Nous avons ainsi isolé 5 malades, soit 9 %.

4) *Résultats médiocres :*

A un degré de plus, les résultats médiocres groupent 9 malades mettant eux-mêmes l'accent sur tel ou tel trouble qui n'évoquent en tout cas aucune lésion organique grave.

Nous avons souvent eu affaire dans ces cas à des malades nerveuses aux réactions un peu majoratives, mais pour rester dans la ligne de notre travail, nous avons préféré laisser parler les intéressés eux-mêmes en évitant de nous interposer dans les cas où il était difficile d'avoir une opinion vraiment fondée. Nous devons toutefois faire remarquer que sur les 9 malades rangés sous la rubrique des résultats médiocres représentant une proportion de 15,5 % ont répondu OUI à notre 1^{re} question, ce qui signifie en clair qu'ils se considèrent comme entièrement débarrassés des troubles qui les ont amenés à la consultation chirurgicale. Cette divergence des réactions chez un même malade (parfaitement équilibré, nous avons pu le vérifier dans quelques cas) montre bien la difficulté de l'interrogatoire en matière de pathologie digestive et incite à une grande prudence dans son interprétation.

5) *Mauvais résultats :*

Comprennent avant tout les malades qui ont du subir une réintervention ou qui présentent des troubles persistants dont l'importance réclame un traitement spécial :

4 malades soit une proportion de 7,5 %

- OBS. 134 : Malade ayant subi en 1945 une cholécystectomie pour lithiasie. Les suites sont marquées par l'apparition de crises cholédociennes associées à la persistance d'une fistule biliaire de peu d'importance. La seconde intervention pratiquée 5 mois plus tard permit de découvrir un rétrécissement du cholédoque situé à la partie moyenne, la reconstitution de la voie principale fut alors faite sur drain de Kehr. Les suites furent simples et le contrôle lipiodolé satisfaisant. Mais par la suite et à plusieurs reprises (Mai 1946 - Mai 1949 - Juin 1951), la malade présente des crises cholédociennes calmées en général par les tubages et les cures à Vichy.
- OBS. 151 : Cette malade fut opérée à nouveau 4 ans plus tard pour un calcul oublié du cholédoque, il fut pratiqué une nouvelle cholédocotomie avec drainage externe dont les résultats éloignés sont excellents.
- OBS. 259 : Cette malade qui eut pendant plusieurs

années un excellent résultat a du être réopérée 6 ans plus tard pour récurrence calculeuse et est décédée des suites de cette 2^e intervention

- OBS. 277 : Cette malade dut être réopérée 6 mois après la 1^{re} intervention pour calcul oublié du cholédoque. Cette 2^e intervention a été une cholédocoduodénostomie dont nous étudierons les suites au chapitre des dérivations internes.

B. — Malades non revus personnellement, mais pour lesquels nous possédons des renseignements de valeur suffisante pour avoir une opinion globale sur les résultats éloignés.

5 malades.

- OBS. 10 : Malade opérée à 58 ans pour lithiasé vésiculaire et cholédocienne associée, à noter à l'intervention un noyau de pancréatite chronique. Suites immédiates simples.

En 7-1954, soit 15 ans après l'intervention, on apprend que la malade qui vivait seule a du être hospitalisée à l'hôpital du Vinatier pour sénilité. Pendant toute cette période, l'état de de cette malade fut excellent sans qu'elle suive le moindre régime. (Renseignements fournis par une sœur garde-malade qui s'est particulièrement occupée de la malade).

Résultat : excellent.

- OBS. 21 : Malade opérée à 71 ans pour lithiasé vésiculaire et cholédocienne. On apprend par des amis qui la fréquentent beaucoup que la malade va très bien et déploie une grande activité dans la gestion de ses intérêts.

Résultat : excellent.

- OBS. 155 : Malade opérée à 31 ans pour lithiasé vésiculaire, la cholédocotomie fut faite sur un aspect dur et scléreux de la voie principale. D'après le médecin traitant, il n'y a pas de troubles digestifs, la malade a repris du poids, mais reste cependant constipée et pré-

sente à l'occasion d'écarts de régime un peu d'endolorissement de la région sous-hépatique.

Résultat : bon.

- OBS. 252 : Malade de 61 ans opérée en pleine insuffisance hépatique avec un taux d'urée sanguine à 0,80 pour lithiasé vésiculaire et cholédocienne. Décédée d'après son médecin dans la cachexie et l'insuffisance hépatique 11 mois après l'intervention.

Résultat : mauvais.

- OBS. 278 : Malade de 59 ans qui avait subi en dehors de Lyon une cholécystectomie avec drainage du cholédoque par drain de Kehr pour lithiasé vésiculaire et cholédocienne. Au cours de cette intervention, le cholédoque fut blessé. Lorsque la malade nous fut confiée 4 ans plus tard avec une fistule biliaire et un syndromé cholédocien évoluant depuis 2 mois. Le cholédoque fut trouvé rétréci et sectionné au sein d'adhérences inflammatoires et l'on pratiqua sa reconstitution sur drain de Kehr (Obs. 1 de la thèse de MELEY). Les suites immédiates furent simples et la fistule se ferma spontanément au 16^e jour. Mais en 1949, soit 3 ans plus tard, réapparition d'un ictère avec frissons sans température. La réintervention montra un cholédoque à nouveau rétréci au niveau d'une collection bilieuse du petit épiploon. Les suites immédiates de cette 2^e intervention furent bonnes et le contrôle lipiodolé satisfaisant. La malade qui avait quitté le service en bon état mourut 3 mois plus tard d'une encéphalite léthargique (?).

Résultat : mauvais.

II

Drainages externes transcystiques

Nous n'avons que 2 observations concernant des malades ayant subi un drainage externe transcystique après cholécystectomie faite au cours de la même intervention. C'est dire que nous n'utilisons ce procédé que la main forcée, lorsque la cholédocotomie qui est notre manière de faire habituelle s'avère impossible du fait des conditions locales, ou que nous ne la pratiquons pas pour ne pas imposer à un malade particulièrement fragile une intervention qui risque de se prolonger trop longtemps.

Pour faciliter la compréhension du lecteur, nous ferons successivement l'étude complète de nos 2 observations.

OBS. 158 :

Femme de 46 ans. Antécédents remontant à moins de 5 ans.

Allure aiguë primitive des manifestations.

Syndrome cholédocien assez typique.

Intervention le 27-11-1946. Cholécystectomie, drainage transcystique.

Vésicule scléro-atrophique, adhérente à l'épiploon.

Micro lithiase de la vésicule.

Suites opératoires :

Choc opératoire marqué. Température à 40. Le drain fonctionne mal. Amélioration très lente, au bout de 2 mois.

Résultats éloignés :

Malade revue.

1^{re} question. Les troubles qui vous ont amené à ma consultation et que vous présentiez avant l'opération ont-ils complètement disparus ?

Réponse : OUI.

2^e question. Avez-vous depuis l'opération présenté de la jaunisse ?

Réponse : NON.

3^e question. Avez-vous eu de nouvelles crises douloureuses ?

Réponse : NON.

4^e question. Digérez-vous bien ?

Réponse : OUI.

5^e question. Suivez-vous un régime alimentaire ?

Réponse : Suit en principe un régime, mais reconnaît qu'elle y fait de fréquentes entorses.

6^e question. Etes-vous constipé ?

Réponse : NON.

7^e question. Avez-vous repris du poids depuis l'opération ?

Réponse : OUI, 25 kgs.

8^e question. Depuis l'intervention avez-vous été soigné pour une autre affection ? Laquelle ?

Réponse : NON.

Résultat : excellent.

Légère éventration à la partie moyenne de la cicatrice.

OBS. 394 :

Femme de 62 ans. Antécédents remontant entre 10 et 5 ans.

Manifestations pathologiques évoluant sur le mode aigu après de longs épisodes de chronicité.

Tableau de cholécystite aiguë fistulisée à la peau.

Antécédents :

- En 1913 : cholécystostomie pratiquée à Montélimar pour lithias vésiculaire.
- A deux reprises en 1949, intervention de drainage pour collection purulente sous-hépatique.
- En Juillet 1950 (soit un mois avant l'intervention), épisode thermique à 39, suivi de fistule cutanée par où s'échappe de la bile et du pus.
- Très mauvais état général.

Intervention le 4-8-1950. Sous anesthésie locale. Cholécystectomie et drainage transcystique.

Phlegmon périvésiculaire, adhérences à l'épiploon.

Cholédoque dilaté, échec de l'exploration, d'où drainage transcystique.

Suites opératoires :

La bile s'écoule bien et devient plus claire. Le lipiodol pratiqué au 17^e jour montre un cholédoque large d'un doigt avec une image de calcul du côté duodénal. Aucun passage duodénal.

Devant ces constatations radiologiques qui expliquent la persistance d'une fistule filiaire, on décide de réintervenir dans des conditions plus favorables.

Résultat éloigné :

Mauvais, nécessité de réintervention.

Réintervention le 26-8-1950. Cholédocotomie avec drainage externe par drain de Kehr.

Impossibilité de disséquer le trajet fistuleux. Incision du moignon cystique. Il existe un gros calcul du cholédoque et de la boue biliaire.

Suites opératoires : Simples.

Résultats éloignés :

Malade ayant répondu au questionnaire.

1^{re} question. Les troubles qui vous ont amené à ma consultation et que vous présentiez avant l'opération ont-ils complètement disparus ?

Réponse : OUI.

2^e question. Avez-vous depuis l'opération présenté de la jaunisse ?

Réponse : NON.

3^e question. Avez-vous eu de nouvelles crises douloureuses ?

Réponse : NON.

4^e question. Digérez-vous bien ?

Réponse : OUI.

5^e question. Suivez-vous un régime alimentaire ?

Réponse : Suit en principe un régime, mais reconnaît qu'elle y fait de fréquentes entorses.

6^e question. Etes-vous constipé ?

Réponse : NON.

7^e question. Avez-vous repris du poids depuis l'opération ?

Réponse : OUI, 8 kgs.

8^e question. Depuis l'intervention avez-vous été soigné pour une autre affection ? Laquelle ?

Réponse : NON.

Résultat : excellent.

III

**Dérivations internes
réalisées par cholédocoduodénostomie**

Les cas de cholédocoduodénostomies sont également rares dans notre statistique puisqu'elle ne comporte que 6 observations. Ces observations ont été réalisées dans des conditions anatomiques particulières (cholédoque très dilaté) et chez des malades en général âgés (4 de nos malades avaient plus de 59 ans auxquels nous avons voulu éviter les risques d'une déperdition biliaire trop importante.

Il s'agissait :

- Dans 3 cas, d'une lithias cholédocienne pure.
- Dans un cas, d'une lithias vésiculaire dans laquelle l'exploration instrumentale du cholédoque avait montré une perméabilité diminuée au niveau de l'ampoule de Vater.
- Dans un cas, d'un ictère par rétention dû à l'évolution d'une pancréatite chronique dans les 4 mois qui ont suivi une cholécystectomie associée à un drainage externe pour lithias du cholédoque.
- Le dernier cas concernait une voie biliaire bloquée par des adhérences péricholédociennes consécutives à une cholécystectomie faite antérieurement pour lithias vésiculaire.

Chapitre I

ETUDE DES MANIFESTATIONS CLINIQUES RENCONTREES

A. — Ancienneté des troubles.

- 1) *Antécédents remontant à plus de 10 ans : 3 cas.*
- 2) *Antécédents remontant entre 10 et 5 ans avant l'intervention : 2 cas.*
- 3) *Antécédents de moins de 5 ans : 1 cas.*

B. — Allure clinique des manifestations.

Dans nos 6 observations, l'évolution s'est faite sur le mode de la chronicité pure, à aucun moment de la maladie, les malades n'ont présenté d'accidents ayant un caractère aigu. Ce mode évolutif explique sans doute le fait que ces malades aient pu constituer à bas bruit d'énormes dilatations cholédociennes et arriver à un âge avancé sans troubles majeurs tout en constituant cependant une insuffisance hépatique qui a pesé dans la balance des indications.

C. — Tableaux cliniques rencontrés.

Nous nous sommes trouvés là encore devant l'uniformité d'un syndrome cholédocien constitué à bas bruit depuis déjà de longues années dans nos 6 observations.

D. — Antécédents des malades.

Nous avons relevé les faits suivants :

- Obs. 455 : Appendicectomie pour gangrène appendiculaire 6 ans avant l'intervention biliaire, cette intervention a été suivie d'une fistule cæcale ayant mis un an à se fermer.

- OBS. 454 : Début des troubles après un accouchement en 1906.
- OBS. 456 : Cholécystectomie pour lithiase vésiculaire en 1919 (Pr. PATEL) alors que les troubles douloureux duraient déjà depuis 13 ans. L'intervention a été suivie d'une guérison pendant 15 ans. Puis les douleurs se sont manifestées à nouveau en 1942, soit 23 ans après la cholécystectomie, prenant alors le type cholédocien.
- OBS. 277 : Cholécystectomie associée à un drainage de la voie principale par drain de Kehr pour lithiase cholédocienne. Les suites immédiates sont marquées par une imprégnation correcte du cholédoque par le lipiodol post-opératoire mais avec absence de passage duodénal. Dans les 4 mois qui suivirent l'intervention, apparition d'un ictère par rétention qui décide de la réintervention.

E. — Etat des malades avant l'intervention.

Outre le fait, déjà signalé, que nos malades étaient âgés et présentaient un certain degré d'insuffisance hépatique, nous avons noté :

- 1) Que 5 malades étaient *très amaigris*.
- 2) 2 présentaient de la *température* au moment de l'intervention.
- 3) 4 étaient *ictériques*.
- 4) Un malade souffrait d'un *prurit* intense

Chapitre II

TECHNIQUE CHIRURGICALE

La technique chirurgicale de cholédocoduodénostomie employée par le Dr. PEYCELON est simple : c'est une anastomose latéro-latérale réalisée en 2 plans au matériel non résorbable par points séparés. Elle est, nous l'avons vu réalisée lorsque les conditions anatomiques s'y prêtent le mieux, cholédoque très dilaté chez des sujets âgés.

Les reproches que l'on peut faire à cette méthode sont ainsi évités, nous n'avons pas eu l'impression de prolonger de façon excessive l'intervention pour la réalisation de cette anastomose. Enfin en ce qui concerne les dangers d'angiocholite, ils n'ont jamais été rencontrés chez nos 6 malades bien que le reflux duodéno-cholédocien ait pu être constaté à la radiographie.

Chapitre III

CONSTATATIONS ANATOMIQUES ET OPERATOIRES

A. — La vésicule.

- 1) *Cholécystite catarrhale* : 1 cas.
- 2) 1 observation où la vésicule était pleine de pus avec de très importantes lésions pariétales (*Vésicule aubergine*).
- 3) *Une vésicule scléroatrophique*.
- 4) Dans un cas enfin, il s'agissait d'une vésicule grosse, exclue, à parois épaissies, contenant du mucopus et une bile faiblement septique.

B. — Les adhérences vésiculaires ont été notés une fois à l'épiploon.

C. — On a toujours trouvé un cholédoque dilaté à l'extrême, dont le volume était au moins celui d'un pouce (6 cas).

D. — Dans un cas le cholédoque était noyé dans les adhérences.

E. — Les lésions associées.

Nous avons noté :

- Une *hypertrophie de la tête du pancréas* dans 2 cas.
- Une *ascite* importante : une des 2 observations précédentes.
- Une fois un *blocage complet du pédicule hépatique*.

F. — Etude des calculs.

- 1) *Au niveau de la vésicule* :
 - a) Les calculs vésiculaires n'ont été rencontrés qu'une seule fois.

- b) Dans les 3 autres observations, il n'a été trouvé dans la vésicule que de la boue biliaire.

2) *Au niveau du cholédoque :*

I. La lithiase du cholédoque existait dans 3 observations sur 6 :

- a) 2 fois : calcul unique.
b) dans un cas, il existait 3 calculs.
Il s'agissait :
— 2 fois de calculs de la région sus-pancréatique.
— une fois d'un calcul situé à la partie basse du cholédoque.

II. Dans les cas où il n'a pas été trouvé de calculs :

- La dilatation du cholédoque était due à une diminution de la perméabilité du conduit au niveau de l'ampoule de Vater (Obs. 455).
— Le blocage de la voie principale était le fait d'adhérences péricholédociennes dont était responsable une cholécystectomie antérieure.
— La portion intrapancréatique étant bloquée par la tête du pancréas dure et très augmentée de volume (Obs. 277).

Chapitre IV

SUITES OPERATOIRES IMMEDIATES

I. — Suites excellentes, sans incidents.

5 sur 6.

Ces 5 malades ont eu avant de quitter le service un contrôle baryté qui a permis dans chaque cas d'objectiver un petit reflux cholédocien de 4 à 5 centimètres associé à une légère déformation du bulbe sans autre manifestation clinique alors que bien au contraire, leur état était excellent au moment du départ.

II. — Petite complication locale.

— OBS. 455 : Suites bonnes. Grosse amélioration de l'état général, reprise de l'appétit. Persistance d'une petite fistule. La radiographie barytée montre un léger reflux de 1 centimètre dans le cholédoque.

Chapitre V

RESULTATS ELOIGNES

Parmi nos 6 malades, 4 ont été personnellement revues à l'occasion de l'enquête, en ce qui concerne les 2 autres décédées depuis l'intervention, nous avons pu recueillir auprès de la famille directe des renseignements précis et valables.

A. — Malades revus.

1^{re} question. Les troubles qui vous ont amené à ma consultation et que vous présentiez avant l'opération ont-ils complètement disparus ?

Réponses OUI : 4 sur 4.

2^e question. Avez-vous depuis l'opération présenté de la jaunisse ?

Réponses NON : 4 sur 4.

3^e question. Avez-vous eu de nouvelles crises douloureuses ?

1) *Réponses NON : 3 sur 4.*

2) OBS. 456 : A présenté quelques manifestations douloureuses de l'hypocondre droit en 1945, soit 3 ans après l'intervention; mais douleurs peu importantes et en tout cas sans lendemain.

4^e question. Digérez-vous bien ?

1) *Réponses OUI : 0.*

2) *Petits troubles digestifs légers : 4 sur 4.*

— OBS. 277 : Digestions lentes.

— OBS. 452 : Digestions lentes et pesanteur post-prandiale. Tachyphagie.

- OBS. 454 : Ballonnement post-prandial en cas d'excès alimentaire.
- OBS. 456 : Digestions lentes, parfois quelques vomissements de bile.

A interroger ces malades, nous avons eu l'impression que ces troubles digestifs pouvaient sans abus être qualifiés de légers. Ils sont en général considérés comme négligeables par les malades qui ne suivent pas de régime. Une de ces malades se trouvait du reste bien d'une petite sieste post-prandiale, mais les 2 autres malgré leur âge exercent la profession pénible de femme de ménage.

5^e question. Suivez-vous un régime alimentaire ?

- 1) *Réponses NON* : 3.
- 2) *Malades suivant en principe un régime, mais reconnaissant volontiers qu'elles y font de nombreuses entorses* : 2.

6^e question. Etes-vous constipé ?

- 1) *Réponses NON* : 3.
- 2) *Malade présentant des épisodes passagers de constipation* : 1.

7^e question. Avez-vous repris du poids depuis l'opération ?

- 1) *Réponse* : *OUI* (15 kgs).
- 2) *Reprise du poids antérieur à l'intervention* : 2.
- 3) *Malade ayant maigri* : 1 (3-4 kgs).

8^e question. Depuis l'intervention, avez-vous été soigné pour une autre affection ? Laquelle ?

- OBS. 452 : Suivie en 1951 dans le service du Pr. CIBERT pour une hématurie sans étiologie déterminée.
- OBS. 454 : Revue à plusieurs reprises pour de petites suppurations pariétales dues à des fils non résorbés dans la cicatrice de sous-costale qui est par ailleurs en bon état.
- OBS. 456 : Intervention de HALSTED dans le service du Pr. BERTRAND à la Croix-Rousse.

RÉSULTATS :

— Nous classons les 3 observations (452, 454, 456) dans la catégorie des résultats excellents.

— Malgré le décès de la malade de l'Obs. 277 qui se déclare guérie, nous estimons que le résultat doit être estimé « bon » en raison de son amaigrissement léger.

B. — Malades décédés depuis l'intervention.

- OBS. 453 : Malade décédée 8 ans après l'intervention de coma urémique. Sa fille nous a affirmé qu'elle avait été transformée depuis l'opération ne souffrant plus, ayant repris son poids et ne suivant aucun régime.
- OBS. 455 : Malade décédée en 1949, soit 7 ans après l'intervention biliaire, des suites d'une intervention pour néoplasme de la vessie. La famille a pu indiquer de façon formelle que les résultats avaient été excellents, la malade digérant bien, ne suivant pas de régime et ayant repris son poids.

Nous pensons donc être autorisé à considérer ces résultats comme excellents.

Soit au total dans les cholédocoduodénostomies 5 *résultats excellents* et un *résultat bon* sur 6 opérées.

IV

Commentaires

(Dérivations pour lithiase cholédocienne ou vésiculaire)

En ce qui concerne les 91 interventions de dérivations cholédocienne pour lithiase, nous avons pu faire les constatations suivantes :

I. — 73 malades sur 83 cas de drainage externe du choledoque par drain de Kehr ont pu être complètement suivis, soit une proportion de 87,7 %.

Ces malades ont eu en définitive les résultats suivants :

- 30 résultats excellents, soit 41 %;
- 8 très bons résultats, soit 10,9 %;
- 6 bons résultats, soit 8,2 %.
- 9 résultats médiocres, soit 12,3 %;
- 6 mauvais résultats, soit 8,2 %;
- 14 malades sur 83 décédés dans les suites opératoires immédiates, soit 16,8 %.

1) Selon l'existence et la localisation des calculs, ces résultats se répartissent comme suit :

Qualité du résultat	Lith. vésic. + cholé- docienne 27 cas	Lith. cholé- docienne autonome 10 cas	Lith. choléd. après ectomie pour lith. 5 cas	Lith. vésic. simple 35 cas	Drainage après ectomie pour lith. 6 cas
Excellent	52 %	50 %	20 %	34,4 %	25 %
Très bon	12 %	10 %		10,3 %	25 %
Bon	8 %			13,8 %	
Médiocre		10 %	40 %	17,4 %	25 %
Mauvais	4 %	10 %	40 %	3,4 %	25 %
Décès post- opératoire	22,2 %	20 %		17,1 %	

Ces chiffres nous montrent que les résultats éloignés sont nettement meilleurs dans les formes franches ou le syndrome cholédocien correspond à un obstacle calculeux qui a pu être extrait, au contraire dans tous les cas où la symptomatologie n'était que l'expression d'un trouble fonctionnel, l'exploration (parfois itérative), puis le drainage externe n'ont le plus souvent pas été suivi d'une guérison totale.

2) L'influence du sexe nous apparaît comparable à ce que nous avons observé dans la lithiase vésiculaire, tant en ce qui concerne la mortalité opératoire plus élevée chez l'homme (45,4 %) que chez la femme (12,5 %), qu'en ce qui concerne la qualité des résultats tardifs bien qu'à ce dernier point de vue, il soit hasardeux d'émettre une opinion trop précise.

3) Au contraire, le temps d'évolution de la lithiase qui conditionne à n'en pas douter les réactions d'insuffisance hépatique a une influence beaucoup plus nette. La proportion de bons résultats augmente à mesure que diminue l'ancienneté des premières manifestations, alors que la proportion de mauvais résultats fonctionnels diminue à mesure que l'acte opératoire se situe plus près des premiers symptômes de la lithiase.

4) Il est par ailleurs très net que la forme clinique rencontrée a une influence sur la qualité du résultat (45 % d'excellents résultats dans les formes typiques contre 21,4 % dans les formes atypiques).

II. — Notre statistique de drainages transcystiques (2 cas) et de cholédocoduodénostomies (6 cas) est trop faible pour que nous puissions en tirer des remarques valables : nous devons cependant reconnaître que la dérivation interne nous a toujours donné satisfaction (5 résultats excellents, 1 bon résultat) appliquée dans les conditions que nous avons précédemment définies.

Un seul de nos malades a eu recours aux cures thermales (Résultat médiocre).

QUATRIEME PARTIE

LES DRAINAGES EN DEHORS DES AFFECTIONS LITHIASIQUES

Nous avons recueilli 9 observations de drainage de la voie principale effectués pour des affections hépatobiliaires non lithiasiques. Il s'agit dans tous ces cas de drainages externes réalisés à l'aide du drain de Kehr comme nous avons coutume de le faire dans la lithiasie du cholédoque.

Ce chiffre de 9 représente 9 % des drainages de la voie biliaire principale de notre statistique (Soit au total 100), les 91 autres ayant trait à la lithiasie biliaire.

Ils ont été réalisés comme complément d'une cholécystectomie lorsque les données de la clinique d'une part et surtout lorsque les conditions anatomiques incitaient à pratiquer la cholédocotomie pour vérifier l'intégrité de la voie principale.

Chapitre I

ETUDE DES MANIFESTATIONS CLINIQUES RENCONTREES

I. — Ancienneté des troubles.

1) *Antécédents remontant à plus de 10 ans :*

3 cas sur 9, soit 33 %.

2) *Troubles dont l'ancienneté remonte entre 10 et 5 ans :*

1 cas sur 9, soit 11 %.

3) *Antécédents remontant à moins de 5 ans :*

1 cas sur 9, soit 11 %.

4) *Malades sans antécédents éloignés :*

4 cas sur 9, soit 44 %.

II. — Allure clinique des manifestations.

1) *Manifestations aiguës primitives :*

Néant.

2) *Manifestations aiguës secondaires à des manifestations chroniques :*

5 cas sur 9, soit 55,5 %.

3) *Manifestations chroniques d'emblée :*

4 cas sur 9, soit 44 %.

III. — Syndromes cliniques rencontrés.

A) MANIFESTATIONS TYPIQUES.

5 fois, soit 55,5 %.

1) *Crises vésiculaires :*

3 cas, soit 33 %.

2) *Tableau de cholécystite aiguë :*

1 cas, soit 11 %.

3) *Syndrome cholédocien :*

1 cas, soit 11 %.

B) MANIFESTATIONS ATYPIQUES.

3 fois, soit 33 %.

Il s'agissait de malades présentant des crises à allure vésiculaire, mais avec des symptômes aberrants.

— Dans 2 cas, il y avait un ictère comme signe dominant.

— Dans 1 cas, le malade présentait un ictère fébrile.

C) NOUS DEVONS ENFIN SIGNALER :

— Qu'un de nos malades a été opéré pour une fistule biliaire par plaie de la branche droite de l'hépatique au cours d'une cholécystectomie pour cholécystite non lithiasique (Obs. 145).

— Que l'Obs. 154 concerne un malade présentant des douleurs de type angineux.

IV. — Antécédents des malades.

Nous avons relevé :

- Plusieurs interventions vertébrales dont la nature n'a pu être précisée (Obs. 147).
- Une gastrectomie en 1942 pour ulcère terrebrant dans le pancréas (Obs. 149).
- Un ictère de 2 mois non amélioré par des tubages duodénaux (Obs. 11).
- Des migraines tenaces (Obs. 154).
- Enfin une malade (Obs. 145) avait déjà subi une intervention sur les voies biliaires. Cholécystectomie le 25-4-1945 pour cholécystite aiguë non lithiasique. Blessure opératoire de la branche droite de l'hépatique ayant entraîné une fistule biliaire avec amaigrissement rapide et déshydratation.

V. — Etat des malades avant l'intervention.

- Malades amaigris : 2.
- Malades ictériques : 3.
- Malades fébriles : 1.
- Malades présentant des signes cliniques et biologiques d'insuffisance hépatique : 1.

Chapitre II

CONSTATATIONS ANATOMIQUES ET OPERATOIRES

I. — En ce qui concerne la vésicule.

- 1) *Cholécystite catarrhale* :
4 cas sur 9, soit 44 %.
- 2) *Vésicule scléroatrophique* :
1 cas, soit 11 %.
- 3) *Vésicule à parois blanchâtres et épaissies* :
3 cas, soit 33 %.

II. — Lésions associées des organes de voisinage.

- 1) *Adhérences vésiculaires* :
 - A l'épiploon : 1 cas.
 - Au duodénum : 1 cas.
- 2) *Retentissement sur la voie biliaire principale* :
 - Cholédoque dilaté : 7 fois sur 9, soit 77 %.
 - Blessure de la branche droite de l'hépatique au cours d'une cholécystectomie antérieure (Obs. 145).
- 3) *Etat du pédicule hépatique* :
 - Sièges de lésions d'angiocholite : 1 cas.
 - Présentant des adénopathies notables : 1 cas.
 - Infiltré et scléreux : 1 cas.
- 4) *Foie d'aspect granité* (Obs. 11).

Chapitre III

SUITES OPERATOIRES IMMEDIATES

I. — Excellentes sans incidents.

6 malades sur 9, soit 66 %.

II. — Complications générales.

Néant.

III. — Complications locales.

Néant.

IV. — Décès post-opératoires.

1 malade sur 9, soit 11 %.

— OBS. 254 : Malade de 34 ans opérée en 1947. Décès au 14^e jour. Il s'agissait d'un ictère catarrhal prolongé qui a évolué secondairement vers l'ictère grave. Il n'y a jamais eu d'écoulement de bile par le drain.

V. — Complications d'ordre hépato-vésiculaire.

2 malades sur 9, soit 22 %.

— OBS. 145 : Le drain fonctionne bien, le flux biliaire diminue peu à peu. Deux lipiodols successifs montrent la perméabilité des voies biliaires. Après l'ablation du drain, il persiste une toute petite fistule biliaire qui se tarit au bout de 2 mois.

— OBS. 147 : Crise douloureuse au 6^e jour. Le lipiodol montre un cholédoque perméable, le duodénum s'imprègne bien, pas d'image de calculs. Il existe un petit défilé rétréci de la partie basse du cholédoque.

Chapitre IV

LES RESULTATS ELOIGNES

Sur les 9 malades qui ont subi un drainage externe de cholédoque pour une affection non lithiasique :

- 1 est décédé dans les suites opératoires immédiates, soit 11 %.
- 3 ont répondu personnellement au questionnaire qui leur avait été adressé, soit 33 %.
- 2 ont été revus, soit 22 %.
- 3 ont été complètement perdus de vue, soit 33 %.

Malades revus ou ayant répondu de façon satisfaisante au questionnaire.

5 sur 9, soit 55 %.

1^{re} question. Les troubles qui vous ont amené à ma consultation et que vous présentiez avant l'opération ont-ils complètement disparus ?

Réponse : OUI.

4 malades sur 5, soit 80 %.

2^e question. Avez-vous depuis l'opération présenté de la jaunisse ?

1) *Réponse : NON.*

4 malades sur 5, soit 80 %.

2) *Malades ayant présenté de l'ictère :*

1 sur 5, soit 20 %.

— OBS. 145 : En Mai 1951, ictère émotif de 3 jours sans température.

3^e question. Avez-vous eu de nouvelles crises douloureuses ?
Pouvez-vous en préciser la date, la durée ? Voulez-vous en décrire les caractères en quelques mots.

1) *Réponse : NON.*

4 malades sur 5, soit 80. %

2) *Malades ayant présenté de nouvelles crises douloureuses :*

1 sur 5, soit 20 %.

— OBS. 154 : A présenté 6 mois après l'intervention une crise douloureuse. Mais il y a de cela 4 ans et depuis aucune manifestation de ce genre n'a été notée.

4^e question. Digérez-vous bien ? Sinon quels troubles digestifs présentez-vous ?

1) *Réponse : OUI.*

3 malades sur 5, soit 60 %.

2) *Malades présentant des troubles digestifs :*

2 sur 5, soit 40 %.

— OBS. 11 : Vomissements aqueux et parfois alimentaires, pesanteur post-prandiale surtout du côté gauche.

— OBS. 255 : Digestions très lentes.

5^e question. Suivez-vous un régime alimentaire ? Sinon en avez-vous suivi un, lequel et pendant combien de temps ?

1) *Malades n'ayant jamais suivi de régime :*

2 sur 5, soit 40 %.

2) *Malades suivant en principe un régime, mais reconnaissant volontiers qu'ils y font de fréquentes entorses :*

1 sur 5, soit 20 %.

3) *Malades ayant donné l'impression de suivre correctement leur régime :*

2 sur 5, soit 40 %.

6^e question. Etes-vous constipé ?

1) *Réponse : NON.*

3 malades sur 5, soit 60 %.

2) *Malades constipés habituels :*

2 sur 5, soit 40 %.

7^e question. Avez-vous repris du poids depuis l'opération ? Combien de kilogs ?

1) *Malades ayant repris du poids :*

4 malades sur 5, soit 80 %.

a) ENTRE 2 ET 5 KGS Y COMPRIS :

1 malade.

b) ENTRE 6 ET 10 KGS Y COMPRIS :

2 malades.

c) 11 KGS ET AU-DESSUS :

2 malades.

8^e **question.** Depuis l'intervention, avez-vous été soigné pour une autre affection ? Laquelle ?

— OBS. 11 : Ulcère de la petite courbure traité médicalement.

— OBS. 154 : Angine de poitrine.

APPRÉCIATION GLOBALE DES RÉSULTATS :

1) *Résultat excellent :*

2 malades sur 5, soit 40 %.

2) *Très bon résultat :*

2 malades sur 5, soit 40 %.

3) *Résultat médiocre :*

1 malade sur 5, soit 20 %.

Chapitre V

COMMENTAIRES

Les drainages externes de la voie principale en dehors des affections lithiasiques ont été en général pratiqués chez des malades âgés, l'histoire clinique de ces malades s'apparente souvent à celle des cholécystites non lithiasiques, et l'ensemble des constatations faites dans les suites de ces drainages est comparable à celles que nous donnons pour les cholécystites en dehors de la lithiase.

CONSIDERATIONS COMMUNES A L'ENSEMBLE DE NOS OPERES

1) Sur les 464 interventions pratiquées, nous avons relevé 16 éventrations en général peu gênantes, 2 toutefois ont nécessité une cure chirurgicale secondaire.

Ce chiffre rapporté aux 361 malades revus à l'occasion de notre enquête (chiffre dont nous avons distrait les 37 malades décédés dans les suites opératoires) représente une proportion de 4,4 % :

- 6 fois, il s'agissait d'une cholécystectomie pour lithiase;
- 3 fois d'une cholécystectomie pour affection non lithiasique;
- 1 fois d'une cholécystectomie associée à un drainage transcystique;
- 6 fois d'un drainage externe associé à une cholécystectomie pour lithiase.

Ces chiffres sont là, croyons-nous pour prouver que l'incision sous-corticale peut être correctement refaite à condition qu'on y ferme bien et que la qualité de la cicatrice qui n'est en général ni douloureuse ni adhérente; ses possibilités dans l'exploration complète de l'arbre biliaire l'ont du reste fait adopter par bon nombre de chirurgiens.

2) Nous pensons enfin qu'il n'est pas sans intérêt de relever les décès par embolie pulmonaire à une époque où cette redoutable complication tient une place importante dans l'actualité chirurgicale.

5 de nos malades (tous opérés de cholécystectomie pour lithiase) sont décédés d'embolie pulmonaire : 2 hommes et 3 femmes dont l'âge moyen se situe autour de 55 ans (de 50 à 63 ans). Une seule fois, il est vrai, le contrôle nécropsique a pu être effectué montrant en réalité un long

caillot blanchâtre dans la branche droite de l'artère pulmonaire, mais la netteté des symptômes ne permet guère de doute quant au déterminisme de la mort brutale dans les autres cas.

Notons en passant qu'aucun de ces 5 malades ne présentait de s. de thrombose, soit au niveau des M I, soit au niveau du pelvis.

Enfin fait plus digne d'intérêt, si un de nos malades est mort au 27^e jour après l'intervention, les 4 autres décès se sont produits dans un délai beaucoup plus bref : 1 le 5^e jour, 1 le 3^e jour et 2 le 2^e jour et il est permis de se demander si une thrombose préexistante n'était pas en évolution lorsque le geste opératoire est intervenu.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur ces observations, nous voulons simplement les verser au grand dossier des complications thrombo-emboliques.

CONCLUSIONS

Notre travail a pour but de dépouiller et d'exposer les données cliniques, anatomiques et opératoires ainsi que les résultats immédiats et éloignés se rapportant à une importante statistique de chirurgie biliaire portant sur un total de 464 interventions.

Nous ne cherchons pas à prendre parti, éloignant de nous toute idée préconçue, nous avons voulu exposer le plus objectivement possible ce qui ressort des faits, laissant au lecteur le soin de se faire à lui-même une opinion. Mais puisqu'il faut bien aboutir à une conclusion, nous avons tenu à exposer tout au long de ce travail le détail des « calculs intermédiaires », de sorte qu'il serait possible d'accorder aux données que nous apportons une signification différente de celle que nous avons cru pouvoir leur accorder.

I. — En ce qui concerne les cholécystectomies pour lithiasie biliaire (322 cas) :

81 % des malades présentaient un syndrome clinique typique

contre 19 % chez lesquels le diagnostic était plus malaisé, ou n'a pu être reconnu qu'à l'intervention.

Toutes les lésions anatomiques classiques ont été rencontrées avec des proportions variables de lésions de voisinage : épiploïques en particulier.

L'intervention nous a donné :

- 69,8 % d'excellents et de très bons résultats;
- 17,1 % de résultats bons et médiocres;
- 5,9 % de mauvais résultats;
- la mortalité opératoire a été de 5,9 %.

II. — Les cholécystites non lithiasiques se sont présen-

tées le plus souvent sous un masque trompeur (25,5 % des cas contre 19 % dans les cholécystites lithiasiques).

- La mortalité opératoire a été de 7,2 %.
- Nous avons obtenu 62,8 % d'excellents et de très bons résultats;
- 22,8 % de résultats bons et médiocres;
- 5,7 % de mauvais résultats.

III. — Sur les 83 drainages externes réalisés par drain de Kehr pour une affection lithiasique, 84 % des malades présentaient un syndrome clinique typique contre 16 % chez lesquels l'allure clinique était trompeuse, ou peu évocatrice.

L'intervention nous a donné :

- 51,9 % d'excellents et de très bons résultats;
- 20,5 % de bons et médiocres résultats;
- 8,2 % de mauvais résultats;
- une mortalité opératoire de 16,8 %.

IV. — Il a été pratiqué 2 fois une cholécystectomie associée à un drainage transcystique de la voie principale.

Une seule malade a pu être suivie. L'intervention très difficile n'avait pu comporter d'exploration correcte du cholédoque et l'on dut réintervenir 22 jours plus tard pour extraire un calcul par cholédotomie.

V. — Parmi les 6 cholédocoduodénostomies pratiquées, nous relevons :

- 5 excellents résultats;
- 1 bon résultat.

Il semble que, appliquée dans les conditions que nous avons précisé, cette intervention donne de très bons résultats et constitue un excellent moyen de drainage de la voie principale.

VI. — 9 dérivations externes associées à la cholécystectomie ont été pratiquées pour des affections non lithiasiques.

Il s'agissait de 5 cas où le syndrome clinique évoquait

la lithiase, alors que 3 fois l'indication opératoire a été posée devant un ictère chronique ou en raison d'une fistule biliaire, conséquence d'une plaie opératoire de l'hépatique (1 cas).

Les résultats éloignés portant sur 6 malades suivis sont les suivants :

- 4 excellents et très bons résultats;
- 1 résultat médiocre;
- 1 décès post-opératoire.

Vu :

LE DOYEN,
H. HERMANN.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
P. WERTHEIMER.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 19 Novembre 1954.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Pour le Recteur et par délégation :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
H. HERMANN.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
Statistique générale	12
<i>I^{re} PARTIE : Cholécystectomies pour affections lithiasiques.</i>	19
CHAPITRE I. — Etude clinique	19
CHAPITRE II. — Technique opératoire	28
CHAPITRE III. — Constatations anatomiques et opératoires	29
CHAPITRE IV. — Suites opératoires immédiates	36
CHAPITRE V. — Résultats éloignés	42
CHAPITRE VI. — Commentaires	63
<i>II^e PARTIE : Cholécystectomies pour cholécystite non lithiasique</i>	67
CHAPITRE I. — Etude clinique	67
CHAPITRE II. — Technique opératoire	70
CHAPITRE III. — Constatations anatomiques et opératoires	70
CHAPITRE IV. — Suites opératoires immédiates	72
CHAPITRE V. — Résultats éloignés	74
CHAPITRE VI. — Commentaires	80
<i>III^e PARTIE : Drainages pour affections lithiasiques</i>	83
I. Drainages externes du cholédoque par drain de Kehr	84
CHAPITRE I. — Etude clinique	84
CHAPITRE II. — Technique opératoire	92
CHAPITRE III. — Constatations anatomiques et opératoires	94
CHAPITRE IV. — Suites opératoires immédiates	100
CHAPITRE V. — Résultats éloignés	105
II. Drainages externes transcystiques	117
III. Dérivations internes par cholédocoduodénostomie	121
CHAPITRE I. — Etude clinique	122
CHAPITRE II. — Technique opératoire	124
CHAPITRE III. — Constatations anatomiques et opératoires	125
CHAPITRE IV. — Suites opératoires immédiates	127
CHAPITRE V. — Résultats éloignés	128

IV. Commentaires	131
<i>IV^e PARTIE : Drainages externes en dehors des affections lithiasiques</i>	133
CHAPITRE I. — Etude clinique	133
CHAPITRE II. — Constatations anatomiques et opératoires	136
CHAPITRE III. — Suites opératoires immédiates	137
CHAPITRE IV. — Résultats éloignés	138
CHAPITRE V. — Commentaires	141
Considérations communes à l'ensemble des opérés	142
CONCLUSIONS	144

